COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES RESTRICTED
HR02322676

SERIAL

Bd. 3-4

N

Dec. 1886 -
dez. 1887

Columbia University
in the City of New York

College of Physicians and Surgeons

Reference Library

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/newyorkermedizin3418unse

NEW YORKER

MEDIZINISCHE PRESSE.

Organ für die Vereine Deutsch-Amerikanischer Aerzte.

DRITTER BAND.

III IV

New York:
Druck der Cherouny Printing & Publishing Company.
1887.

INDEX

Zu Band III,

der "*New Yorker Medizinischen Presse.*"

Seite

Abdominal-Tumor, Ein Fall von —, ... 193
Abreissung des äusseren Praputialblattes bei einem Falle von Luxatio Penis ... 204
Accumulation, on Faecal —, ... 200
Adolescence in girls, some disorders of —, ... 73
Adultorum morbilli und Immunität gegen Masern, Mittheil. über —, ... 70
Aktinomykose, Ausbreitungsbezirk der —, und über Aetiologie ... 71
Albuminorie, eine eigenthüml. Form von —, in der Pubertätszeit ... 202
Amputation, a case illustrating the condition of the nervous system after amput. of an extremity ... 35
Anal-Fistel und Tuberculose des Nebenhodens ... 213
Anaemia cerebralis syphilitica ... 76
Antiseptic Dressings and Septic Bacteria ... 205
Antisepticum, Hefe als —, ... 158
Applicator, Ein Pulver —, für die Harnröhre ... 159
Arlt, Ferd. v., Nekrolog ... 206
Atherome, Neues Verfahren ... 30
Auris, Haematoma —, Three cases of —, treated by the conjoined use of massage, galvanism and leeching ... 242
Ausschälung der Kropfknoten, die intra-glanduläre —, ... 205
Bacteria, on septic —, and antiseptic dressing ... 205
Balken, über Tumoren des —, ... 36
Benigna Pharyngomycosis leptothricia ... 13
Bericht des Logen- und Vereinshospitals ... 212
Bericht, zweiter Jahres —, der Halsabtheilung der N. Y. Deutsch. Dispensary ... 179
Boy, three years old, a case of Diabetes Mellitus in a —, ... 74
Bruchreposition, (Spontanreposition), Eine neue Methode der —, ... 203
Bücherschau ... 46, 89, 175, 251
arbolicum, Hydrargyrum — oxydatum, Innerliche Anwendung bei Syphilis ... 223
Catarrhal disease of the nose ; the frequent dependence of disease of the ear upon —, ... 242
Catarrhal inflammation (chronic) of the middle ear ... 242
Cerebralis, Anaemia syphilitica —, ... 76
Child of 2½ years, a case of Purpura haemorrhagica in a —, ... 74
Chirurgie (Referat) ... 202
Chirurgische Tuberculosen ... 59
Cholera, epidemische im Kindesalter ... 69
Chronische Lungenaffektionen, zur Behandl. der —, in Anstalten und Kurorten ... 1
Chronische Lungenschwindsucht, zur Therapie der —, ... 232
Chronische Quecksilberbehandlung ... 78
Correspondenzen ... 41, 168, 248
Degeneration, zur Localisation der Grosshirnfunctionen und zur Lehre von der secund.— ... 37
Deutsche medizin. Gesellschaft von Philadelphia ... 32
Diabites Mellitus, a case of —, in a boy 3 years of age ... 74
Diätetische und medikamentöse Behandlung des Krebses ... 163
Diagnose, Operation, Resultat und kritische Rückblicke ... 141
Diagnostik, klinischer innerer Krankheiten ... 238
Diagnostischer Werth d. Genococcen Befundes ... 226
Differential-Diagnose und Therapie der Tinea Trichophytina ... 143
Differentiation, pneumatische —, über d. gegenwärt. Standp. d. —, ... 95
Disorders of Adolescence, especially in girls ... 73
Dispensary-Deutsche, Ausz. a. d. 30. Jahresbericht ... 79
Dispensary-Deutsche N. Y., zweiter Jahresbericht d. Halsabtheilung ... 179
Domo, pro —, ... 31
Doppelbruch d. Wirbelsäule und Schiefbruch d. Oberschenkels ... 118
Dressings, on septic Bacteria and Antiseptic —, ... 205
Ear, chronic catarrhal inflammation of the middle ear ... 242
Ear-disease, two cases of —, due to Traumatism ... 242
Ear, the frequent dependence of disease of the ear upon catarrhal disease of the nose ... 242
Editorielle Notizen ... 33, 68, 128, 166, 245
Editorielles ... 31, 66, 127, 163, 206, 244
Electrolyse, Behandlung d. Harnröhren-Stricturen durch —, ... 121
Endoskopie, die Electro —, d. Harnröhre ... 77
Environment ; über d. Einfluss d. äusseren Umgebung auf die Entwickelung bacillärer Phthise 129
Erysipel, das Verhältniss der —, zur Syphilis ... 79
Erysipelas, Infantile —, ... 76
Extremity, a case illustrating the condition of the nervous system after amputation of an —, ... 32
Faecal Accumulation —, ... 200
Fettleber, ein Fall von —, ... 155
Fistel, Anal —, und Tuberculose des Nebenhodens ... 213
Galvanokauter fur das Trommelfell ... 243
Gastro-intestinal Hemorrhage in an infant ... 75
Gebirgsexcursionen, Heilwerth der —, ... 152
Gefahrdrohende Blutung nach Uvulotomie ... 24
Generandi-potentia, d. Mannes, über Prostatafunction und ihre Beziehung zur— ... 75
Girls, some disorders of adolescence ... 73
Glycerin, die Anwendung des —, ... 192
Gonococcen-Befund, über d. diagnostischen Werth des —, ... 226
Gravidarum, Chorea, ein Fall von —, ... 192
Grosshirnfunctionen, zur Localisation der —, und zur Lehre v. d. secund Degeneration ... 37
Gynäkologische Studien ... 220
Hack, W. Prof. Nekrolog ... 247
Hemorrhage, gastro intestinal —, in an infant ... 75
Hemorrhagica, Purpura in a child 2½ years old ... 74
Hemorrhagica syphilis neonatorum ... 77
Haematoma auris, three cases of —, treated by the conjoined use of massage, galvanism and leeching ... 242

Seite

Hallux valgus, Zur operativen Behandl. des —, ... 204
Harnröhre, die Electro Endoskopie der —, ... 77
Harnröhre, ein Pulver-Applicator für die —, ... 159
Harnröhrenstricturen, Behandl. der - , durch Electrolyse ... 121
Hefe als Antisepticum ... 158
Hereditäre Syphilis, über d. Streptokokkus bei —, ... 78
Hernia, a radical cure of —, without operation ... 202
Hernia, treatment of —, ... 203
Hirnsyphilis u. deren Localisation ... 39
Hospital, Bericht d. Logen u. Vereins —, ... 212
Humoristica aus der Praxis ... 263
Hydrargyrum carbolicum oxydatum, Innerliche Anwendung von —, bei Syphilis ... 223
Ichtyol ... 66
Icterus und Milztumor, Beziehungen zwischen —, ... 244
Immunität gegen Masern u. Morbilli adultorum, Mittheil. über —, ... 70
Induratives Oedem ... 78
Innere Krankheiten, klinische Diagnostik der —, ... 238
Infantile Erysipelas ... 72
Inoculation, Resorcin —, ... 33
Intubation d. Larynx ... 66
Jahresbericht, Ausz. a. d. 30. d. deutschen Dispensary v. N. Y. ... 79
" " " 4. —, d. deutsch. Poliklinik v. N. Y. ... 82
" 2. —, der Halsabtheilung d. deutschen Dispensary v. N. Y. ... 179
Klinik, medizinische —, u. Pathologie u. Therapie ... 200
Klinische Diagnostik innerer Krankheiten ... 238
Kind, Zuckerharnruhr bei einem 4jährigen —, ... 74
Kindesalter, epidemische Cholera im - ... 69
Kindesalter, über Schrumpfniere im —, ... 69
Krebs, Die diätetische u. medikamentöse Behandl. des —, ... 163
Kropfknoten, Die intra-glanduläre Ausschälung der —, ... 205
Laryngologie ... 242
Larynx, Intubation der —, ... 43
Leptothricia, Pharyngomycosis benigna ... 13
Lithaemie, die ... 137
Localisation d. Grosshirnfunctionen u. zur Lehre der secund. Degeneration ... 37
Localisation d. Hirnsyphilis ... 39
Logen- und Vereinshospital, Bericht des —, ... 212
Lungenaffectionen, chronische —, z. Behandl. in Anstalten u. Kurorten, ... 1
Lungenschwindsucht, die Behandl. der chronischen —, Correspondenz aus Görbesdorf ... 248
Lungenschwindsucht, Therapie der —, ... 166
Lungenschwindsucht, zur Therapie der chronischen —, ... 232
Luxatio penis, ein Fall von —, mit Abre ssung des äusseren Praeputialblattes ... 204
Masern, Mittheilungen über Morbilli adultorum und Immunität gegen —, ... 70
Massage, three cases of Haematoma auris, treated by the conjoined use of —, galvanism and leeching ... 242
Med. chirurg. Gesellschaft deutscher Aerzte v. N. Y. u. Umgebung ... 68
Medizinische Klinik. Pathologie u. Therapie ... 200
Mellitus, Diabetes, a case of —, in a boy 3 years of age, ... 74
Middle ear, chronic catarrhal inflammation of the ... 242
Milztumor, Beziehungen zwischen Icterus und —, ... 244
Miszellen ... 93
Morbilli adultorum und Immunität gegen Masern, Mittheilungen über —, ... 70
Nabelbruch, Ungewöhnlicher Fall von —, ... 21
Nebenhoden, Anal-Fistel u. Tuberculose der —, ... 213
Neuralgie, Trigeminus —, Bericht eines Falles von ... 230
Neurologie und Psychiatrie ... 35
Neuropathische Oedeme, über —, ... 71
Nose, the frequent dependence of disease of the ear upon catarrhal disease of the ... 242
Notizen ... 222
Oedem, über das indurative —, ... 78
Oedeme, neuropathische ... 71
Ohrenheilkunde, Physiologisch-Diagnostischer Beitrag zur —, ... 242
Otologie ... 242
Paediatrik ... 69
Papilloma pigmentosum, Geschichte eines Falles v. —, ... 23
Pasteur ... 200
Pathologie, Therapie und medizinische Klinik ... 31
Penis, Ein Fall von Luxatio —, ... 204
Perforative Peritonitis, zur Diagnostik und Therapie der —, ... 160
Peritonitis, zur Diagnostik u. Therapie der perforativen —, ... 160
Personalien ... 47
Pharyngomycosis leptothricia benigna ... 13
Philadelphia, Deutsche medizinische Gesellsch. v. —, ... 32
Pneumatische Differentiation, über d. gegenw. Standp. der —, ... 95
Poliklinik, die deutsche — d. St. N. Y., Ausz. a. d. 4. Jahresbericht der —, ... 82
Potentia generandi d. Mannes; über Prostatafunctionen u. ihre Bezieh. zur —, ... 75
Pro domo ... 31
Prostatafunction u. deren Beziehung zur Potentia generandi d. Mannes ... 75
Psychiatrie u. Neurologie ... 35
Pubertätszeit, eine eigenthümliche Form v, Albuminurie in der —, ... 202
Purpura hemorrhagica in a child 2½ years old ... 74
Pyelophlebitis suppurativa, ein Fall von —, ... 160
Pyothorax, über die Behandlung des —, ... 49
Quecksilberbehandlung, chronische —, ... 78
Resorcin-Inoculation ... 33
Rheumatismus, über —, ... 201
Salol ... 209
Schiefbruch d Oberschenkels u. Doppelbruch d. Wirbelsäule ... 118
Schroeder, Prof. Dr. Nekrolog ... 167
" " " Seine letzte Krankheit ... 165
Schrumpfniere, Ueber —, in Kindesalter ... 69

Seite

Septic Bacteria and Antiseptic Dressings 205
Sitzungsbericht d. deutschen mediz. Gesellsch. v. Philadelphia 43, 135, 262
" d. mediz. chirurg. Gesellsch. deutsch. Aerzte v. N. Y. u. Umgeb. 86, 129, 214
" d. Vereins d. Aerzte d. deutsch. Dispensary v. N. Y. 133, 221
" d. Vereins deutscher Aerzte in St. Louis, Mo. 43, 85, 173, 261
Spontanreposition (Bruchreposition) eine neue Methode der —, ... 203
Squibb Dr. Ueber Pillen, Tabletten, ... 207
Streptokokkus bei hereditärer Syphilis 78
Substitution 211
Syphilis hemorrhagica neonatorum 77
Syphilis, Das Verhältniss d. Erysipels zur —, ... 76
Syphilis, Innerliche Anwendung v. Hydrargyrum carbolicum oxydatum bei —, ... 223
Syphilitica, Anaemia cerebralis 76
Syphilologie 75
Therapie, Pathologie und medizinische Klinik 200
Tinea, Trichophytina, Differential-Diagnose und Therapie der —, ... 143
Todtenliste 47
Traumatism, two cases of ear disease due to —, ... 242
Trichophytina Tinea, Differential-Diagnose und Therapie der —, ... 143
Trigeminus-Neuralgie, Bericht eines Falles von —, ... 230
Trommelfell, ein Galvanokauter für das —, ... 243
Tuberculose, und Anal-Fistel des Nebenhodens 213
Tuberculosen, chirurgische 59
Tumor, ein Fall von Abdominal —, ... 193
Tumoren des Balkens 36
Urticaria, über 187
Uvulotomie, Gefahrdrohende Blutung nach —, ... 24
Valgus, zur operativen Behandlung d. Hallux —, ... 204
Vereins- u. Logenhospital, Bericht des —, ... 212
Verhältniss d. Erysipels zur Syphilis 76
Wirbelsäule, Doppelbruch der —, und Schiefbruch d. Oberschenkels 118
Zuckerharnruhr bei einem 4jährigen Kinde 74

Verzeichniss

der in Band III. der "*New Yorker Medizinischen Presse*" besprochenen

Bücher, Monographien, Etc.

Outlines of the Pathology and Treatment of Syphilis and allied venereal Diseases by H. v. Zeissl., transl. with notes by H. Raphael 46
Lehrbuch der allgemeinen Elektrisation d. menschlichen Körpers. J. Th. Stein 89
An Epitome of the Newer Materia medica etc. with complete Property and Dose List 90
A Textbook of Medicine for Students and Practitioners by Dr. Ad. Strümpell 90
Clinical Therapeutics, by Prof. Dujardin-Beaumetz 91
Die Zimmer-Gymnastik, v. Dr. B. Fromm 91
Ernährung d gesund. u. krank. Menschen Dr. J. Munk 91
A practical treatise on Palatable Prescribing — Dr. B. W. Palmer 92
Manual of Operative Surgery, Dr. J. D. Bryant 175
New Medications, Prof. Dujardin-Beaumetz, transl. by Dr. E. P. Hurd 175
Ueber das Verhältniss der modernen Chirurgie zur inneren Medizin, Dr. v. Bergmann 175
Die Brasdorsche Operation bei Aneurismen des Arcus Aortae u. d Anonyma, Sep. Abdr. a. Langenbecks Archiv, Dr. Jul. Rosenstirn 176
The Surgery of the Pancreas as based upon Experiment and Clinical Researches, Dr. N. Senn 176
The Present State of Abdominal Surgery. Dr. N. Senn 177
Ueber die allgemeine Verwendbarkeit der Lustgas-Sauerstoff-Narkosen in der Chirurgie und den resp. Gaswechsel bei Lustgas und Lustgas-Sauerstoff, Dr. H. Th. Hillischer 177
Die chirurgische Behandlung des Kropfes. Prof. Dr. Wölfler 177
Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht, Dr. Hermann Brehmer 232
Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittelst bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden, Dr. Rudolph von Jaksch 238
Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Mundes u. Rachens, sow. d. Zähne. Dr. H. Helmkampff 251
Die Krankheiten der Nasenhöhlen, ihrer Nebenhöhlen u. d. Nasenrachenraums. Dr. W. Moldenhauer 251
Vorlesungen über die Krankheiten d. Kehlkopf- und Luftröhre, der Nase u. d. Rachens. Dr. Schrötter 252
Zur Aetiologie und Therapie d. Migräne Prof. A. Eulenberg 253
Follicular Amygdalitis A. Jacobi Prof. 253
Studien über Stoffwechsel im Thierkörper, Dr. J. Seegen 253
Ueber Wirkung, therapeutischen Werth und Gebrauch d. neuen Karlsbader Quellsalzes etc. v. Dr. W. Jaworski 254

Verzeichniss

der Mitarbeiter des III. Bandes der "*New Yorker Medizinischen Presse.*"

Dr. Barkan, L.	Dr. Bauer, L.	Dr. Beck, C.	Dr. Brehmer, H.
Dr. Büchler, A. F.	Dr. Caillé, A.	Dr. Degner, G.	Dr. Gleitsmann, J. W.
Dr. Hertzka, E. (Carlsbad)	Dr. Jacobi, A.	Dr. Klotz, H. G.	Dr. Miller, J.
Dr. Mollenhauer, R.	Dr. Nicolai, C.	Dr. Oberndorfer, I.	Dr. Pollatschek, A.
Dr. Rachel, G. W.	Dr. Riesmeyer, L. J.	Dr. Rosenstirn, J.	Dr. Rosenthal, E.
Dr. Rottenberg, Morvay.	Dr. Schadeck, K.	Dr. Seibert, A.	Dr. Stub, A.
Dr. Tiegel, E.	Dr. Toeplitz, M.	Dr. Voje, J. H.	Dr. Wächter, C.
Dr. Wendt, E. C.	Dr. Wolff, L.		

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. III. New York, December 1886. No. 1.

Zur Behandlung chronischer Lungenaffektionen in Anstalten und Kurorten.

Vortrag, gehalten am 12. Nov. 1886 im Vereine der Aerzte des *Deutschen Hospitals u. Dispensary*, von Dr. A. Seibert, Kinderarzt am *Deutschen Dispensary*.

M. H.! Eines der langweiligsten und traurigsten Kapitel in der Medizin bildet die Behandlung chronischer Lungenaffektionen. Selbst wenn die Patienten der besitzenden Klasse angehören, ist die Genugthuung, die der Arzt in solchen Fällen erlangt, meist sehr gering. In grossen Zwischenräumen gelingt es eine alte Induration zum Schwinden, einen käsigen Herd nach Verflüssigung zur Vernarbung, Bronchiektasien zum Eintrocknen, oder gar einen tuberkulösen Spitzenherd zur Abkapselung zu bringen; häufiger gelingt es einen Stillstand im Zerfall des Lungengewebes zu erzielen, der sich allerdings dann meist als einen nur scheinbaren entpuppt, während in der überaus grössten Mehrzahl der Fälle der Therapeut sich darauf beschränken muss, bis zum sicheren Tod der Kranken symptomatische Linderung zu verschaffen. Sieht es nun so in der Zahlpraxis aus, wo Mittel und Wege wenigstens im Bereich der Möglichkeit liegen, wie muss dann erst das Heilresultat unter den Armen und namentlich denen der Grossstadt aussehen! Und wahrlich, unsere Voraussetzung erfüllt sich voll und ganz: die chronisch-lungenkranken Armen gehen alle zu Grunde, und zwar fast alle, ohne dass im Krankheitsverlauf je ein Stillstand, geschweige denn eine Besserung erzielt würde! Ich wenigstens muss aus meiner fünfjährigen Erfahrung als Armenarzt bekennen, dass meine Patienten dieser Kategorie (die Emphysematiker ausgenommen) alle an ihrem Uebel zu Grunde gehen. Möglich, dass der Umstand, dass mir die Leute erst in den letzten Stadien in die Hände fallen, mit zu diesem wenig günstigem Resultat wesentlich beiträgt; ich glaube aber kaum, dass die Herren der Inneren Abtheilung im *Dispensary* weniger pessimistische Anschauungen über diesen Punkt hegen, als ich. Alle aber sind wir uns klar, dass medikamentöse Behandlung hier nur Linderung bringen kann, eine Ueberzeugung die alle Aerzte haben, aber ihren Patienten gegenüber entweder garnicht oder viel zu wenig offen eingestehen. Es ist das ein wunder Punkt in der Praxis! Gewisse, von derartigen Patienten entspringende Vortheile und Rücksichten verleiten gar manchen Collegen, erst dann dem Kranken das richtige Heilverfahren anzugeben, wenn es zu spät ist! Dieser Vorwurf aber, den wir uns selbst — und den uns Andere — machen können, sollte uns endlich dazu veranlassen, diesem todtbringenden Spielen mit diesen Kranken ein für alle Mal Valet zu sagen. Der Arzt sollte dem Kranken gleich beim Beginn der Erkrankung immer die Wahrheit und die ganze Wahrheit sagen; er würde Ersteren vor späteren Vorwürfen — und am Ende Letzteren vor einem frühen Grab schützen.

Dem armen Lungenkranken steht der Arzt anscheinend hülflos

gegenüber, er fühlt seine Ohnmacht, informirt die Familie und verschreibt ein Rezept nach dem anderen. Aber diese Ohnmacht ist wirklich nur eine scheinbare ; denn der Arzt allein kann und muss helfen, allerdings nur im Zusammenwirken mit allen gewissenhaften Collegen.

Hier ist es wiederum die Verhütung der Erkrankung, welche gehandhabt werden muss. Gewöhnlich versteht man nun darunter, dass man den Lungenkranken gleich im Anfang des Krankheitsprozesses mit Veränderung der Lebensweise und des Wohnortes behandelt. Das aber ist keine Verhütung — es ist Behandlung der schon vorhandenen Krankheit. Wir müssen, um wirkliche Prophylaxe zu üben, viel weiter zurückgreifen.

Uns allen ist bekannt, dass im Schulalter der Kinder verhältnissmässig wenig Fälle von chronischen Lungenleiden zur Beobachtung gelangen und dass bei und unmittelbar vor dem Beginne der Pubertätszeit eine Steigerung der Morbiditätsfrequenz eintritt. In früheren Zeiten (wie ja leider theilweise auch heute noch) wurde dieses Zusammenfallen auf einen geheimnissvollen Zusammenhang dieser beiden Vorkommnisse zurückgeführt, eine Anschauung, die, ähnlich dem Zahnen der Kinder, durch Verdeckung der wahren Ursachen dem Forschen nach letzteren schwere Hemmnisse entgegengestellt hat.

Es unterliegt wohl kaum einem Zweifel, dass die Art des Berufes—und die damit verknüpften hygienischen Verhältnisse — die Rolle spielt, die man so bisher dem Eintritt der Geschlechtsreife in die Schuhe schob! Der sich eben zu der Zeit besonders entwickelnde Körper braucht allein für diese Periode eine gesteigerte Zufuhr (worunter hier Alles verstanden wird, was zur Erhaltung des Körpers nöthig ist), und wird derselbe dann durch Arbeit in ungewöhnlichem Maasse angestrengt bei ungenügender Zufuhr, so ergibt sich ein Defizit in der Beschaffenheit der Gewebe, das dieselben für eindringende Schädlichkeiten besonders empfänglich macht.

Ausserdem lehrt die Statistik, dass das Prozent der Sterblichkeit an chronischen Lungenerkrankungen in den Grossstädten bedeutend höher ist, als in den kleineren, und dass auf dem Lande dieser Prozentsatz am geringsten ist.

Diese Thatsachen zeigen uns die Richtung, in der die angedeutete Prophylaxe gehandhabt werden sollte. Es ist die Aufgabe aller Wissenden, namentlich aber der Aerzte, das Publikum dahin aufzuklären, dass es seine Kinder bezüglich der körperlichen Fähigkeit vor der Wahl des Berufes von kompetenter Seite untersuchen lässt, und — sich dem Urtheil der Untersucher fügt. Die Lehrer der Volksschulen, die Presse und die Gesundheitsämter sollten sich für diesen so wichtigen Punkt interessiren, und schliesslich durch Gesetzgebung und Gesetzvollstreckung Eltern und Fabrikbesitzer gezwungen werden, alle arbeitenden Minderjährigen sowohl vor dem Antritt der Arbeit (nach beendetem Schulbesuch) als auch später mindestens ein Mal jährlich untersuchen zu lassen, und müsste allen der Tuberkulose Verdächtigen die Arbeit in geschlossenen Fabrikräumen schon aus Rücksicht für die Möglichkeit einer Uebertragung auf bis dahin Gesunde verboten werden. Schon die Erwähnung einer solchen Massregel allein mag heute noch genügen, um Manchen ein Lächeln abzugewinnen ; trotzdem wissen wir aber Alle, dass solche Massregeln mit absoluter Sicherheit eingeführt werden, eingeführt werden müssen.

Stellt sich nun bei der Untersuchung eines bis dahin anscheinend gesunden Knaben beim Verlassen der Schule heraus, dass eine Prädis-

position zu Lungenerkrankungen besteht, so wird derselbe zweifelsohne schon von selbst darauf bestehen, eine Thätigkeit zu ergreifen, welche ihn der Gefahr einer späteren Erkrankung so leicht nicht aussetzt. Einem Erwachsenen, dessen Lunge in Gefahr der Erkrankung steht, ist es meist unmöglich, seinen Beruf zu ändern, einem Knaben ist das eine Leichtigkeit.

Es ist richtig und löblich, das geistige Wohl der Kinder durch Schulzwang zu sichern ; aber das leibliche Wohl der Kinder der Arbeiter sollte eine Studie sein, die den Denkenden unserer Zeit, und schliesslich durch ihn die Gesetzgebung, entschieden viel mehr beschäftigen sollte, als bisher geschah! Unser sonst so weit vorgeschrittenes Zeitalter liegt in diesen Dingen noch in den Windeln, und es ist die Aufgabe der Aerzte, diesen Theil der öffentlichen Hygiene zu kräftigerer Entwickelung immer mehr und mehr anzufachen. — Doch dieses nur nebenbei.

Betrachten wir nun die Richtung, in die unsere Ueberzeugung über den Stand der Lungentherapie von allen Seiten getrieben wird, so lässt sich dieselbe mit zwei Worten bezeichnen : Reine Luft und gute Ernährung.

Wo aber kann man reine Luft erlangen? Sicher nicht in Grossstädten und ihrer unmittelbaren Nachbarschaft. Abgesehen von der Verunreinigung der Atmosphäre stellt sich dieser Therapie hier das Hinderniss entgegen, dass die Grossstadt meist niedrig gelegen ist. Die niedrige Lage eines Kurortes aber genügt allein, um seine Resultate bedenklich zu verringern.

Um nun die heutzutage gebräuchlichen Kurmethoden in Anstalten und Kurorten in näheren Augenschein nehmen zu können, besuchte ich im verflossenen August : Falkenstein im Taunus, Davos in der Schweiz und Goerbersdorf in Schlesien.

Falkenstein ist eine geschlossene, einer Aktiengesellschaft gehörende Anstalt, unter der Direktion des Herrn Dr. Dettweiler, früheren Assistenten von Dr. Brehmer in Goerbersdorf.

Von Frankfurt a. M. gelangt man binnen 2 Stunden, theils per Bahn, theils per Wagen oder zu Fuss, an die Anlagen der Anstalt, welche aus Laub- und Fichtenwaldungen mit schöngehaltenen Wegen und vielen Ruhegelegenheiten bestehen. Die Anstalt selbst, ein grosses, aus einem mit zwei Flügeln versehenen Hauptgebäude und einem mittelst gedeckter Passage verbundenen Anbau bestehendes Hotel, liegt in einer Thalmulde am südlichen Abhang des Taunus und ist nach Norden, Osten und Westen durch hohe Berge geschützt, während nach Süden die Thalsenkung sehr steil abfällt und einen grossartigen Blick in die weit unten sich in blaue Ferne erstreckende Ebene gestattet, auf deren Horizont man bei hellem Wetter die Thürme der weiland freien Reichsstadt Frankfurt unterscheiden kann. Ein schöneres Fleckchen Erde kann man sich wohl kaum vorstellen.

Die Höhe der Lage beträgt 1370 Fuss über dem Meer. Die Anstalt wurde 1874 gegründet und erfreut sich eines bedeutenden Rufes. Sie enthält 80 Zimmer mit 100 Betten. Die Zimmer sind gross, haben gute Ventilationsvorrichtungen und sind Tag und Nacht offen, d. h. bei Nacht nur von oben. Die Oekonomiegebäude bestehen meist aus Kuhställen, welche im Sinne der Frankfurter Milchkuranstalt gehalten werden, und deren Insassen eine durch absolute Trockenfütterung (mit Heu und Weizenkleie) erzielte Milch liefern.

Die Hauptprinzipien der Behandlung bestehen nun in einer systema-

tischen, allmählichen Abhärtung des Organismus gegen Witterungseinflüsse, so zwar, dass die Patienten schliesslich ohne Rücksicht auf die Witterung jeden Tag im Freien sein können, entweder spazierengehend, bergsteigend oder, in wollene Decken eingehüllt, auf Ruhesesseln ausgestreckt, die permanente Luftkur machend. Eigenthümlich macht es sich, viele Kranke wie Puppen eingewickelt so liegen zu sehen, und neben jedem den obligaten Spucknapf mit Sublimatlösung ; letzteres die praktische Anerkennung der Koch'schen Theorie.

Die in Falkenstein übliche sogenannte Permanente Luftkur, welche, wie gesagt, Dettweiler's Methode einen spezifischen Stempel aufdrückt, bedarf besonderer Vorrichtungen und des steten Verkehrs des Arztes mit den Kranken. Dann aber gibt es auch kaum eine Witterung, Jahres-, Tages- oder Nachtzeit, die nicht mit Erfolg für den Lungenkranken verwerthet werden könnte. Auf der durch die beiden Seitenflügel des Haupthauses geschützten Terrasse sind offene, luftige Glashallen und drehbare Pavillons errichtet, in welchen die mit leichter Polsterung versehenen Langsessel aufgestellt sind, auf welchen die Kranken unter entsprechender Bedeckung den ganzen Tag, mit Ausnahme der Speisezeit und der Spaziergänge verbringen. Dettweiler sagt selbst darüber:

„Wir haben es aber auch, durch die Erfolge kühner und kühner werdend, in den letzten drei Wintern fertig gebracht, dass nun sämmtliche Kranke, mit Ausnahme der durch interkurrente Zufälle oder durch schwerste Erkrankungen an Bett und Haus gefesselten, nahezu ständig, bei jeder Witterung, selbst bei starkem Nebel, Schneegestöber und einer Kälte bis zu —10° und —14° R. im Freien leben. Wir sind im Besitze von Tabellen aus dem vorletzten Winter über diese prolongirte Winterluft-Therapie, die sich, entgegen Davos und anderen Orten, von der Sonne und sogen. schönem Wetter unabhängig macht, welche Erstaunliches beweisen."

„Darnach haben es besonders Eifrige zu einem sog. *jour médical* von 10—11 Stunden in diesen Wintermonaten gebracht. Es sind dies natürlich nur Wenige und zwar ca. 6 Proz.; 8 Proz. brachten es über 9 Stunden — 8 Proz. über 8 Stunden — 18 Proz. über 7 und 18 Proz. über 6 Stunden täglich u. s. w. Nur ein kleinster Theil der Patienten war wegen vorgeschrittener Erkrankung ganz an's Haus gefesselt, und haben wir ausser diesen nur wenige Kranke gefunden, die sich für die erwähnte Behandlung nicht eigneten. Es sind die hochgradigst Blutarmen und gewisse Formen kontinuirlichen Fiebers, die selbst bei höchsten Temperaturen auf geringfügige Kälteeinflüsse Frostempfindung bekommen. Fünf bis sechs Stunden im Winter sind also der Durchschnitt für die Mehrzahl auch der Schwächeren und Fiebernden, die der Fröste wegen erst am Nachmittag beginnen können. Dafür endet ihre Luftkur aber auch erst am späten Abend ; hinter den in langen Reihen längs der Hallenwände aufgestellten Ruhebetten sind Gasflammen und Lampen mit Reflektoren angebracht, welche Lesen, Schreiben oder leichte Spiele unter den Nachbarn ermöglichen, und so wird der Wintertag erst gegen 10 Uhr Abends beendigt, um den Schlaf in den kühlen, inzwischen gründlich gelüfteten Schlafzimmern zu suchen. Als Kuriosum mag erwähnt werden, dass die letzten Weihnachts- und Neujahrferien im Freien bei dampfender Bowle unter offenem Zelte, das rings von in Schneehügeln steckenden Tannen umgeben war, für die grössere Hälfte der Kranken sich als selbstverständlich ergab. Und dies ohne eine einzige beklagenswerthe Folge. Die Toleranz der Patienten

gegen alles das, was man die Unbilden der Witterung nennt, die sich bei richtigem Vorgehen der Aerzte entwickelt, die auffallende Verminderung des Hustens, Hebung des Stoffwechsels, des Wohlbefindens und die günstige Beeinflussung des Fiebers — ist geradezu überraschend. Ich möchte ohne diese permanente Ruhekur in freier Luft nach meinen jetzigen Erfahrungen die Phthise nicht mehr behandeln und unterlasse nicht, jene den Kollegen und selbst den Hausärzten dringend an's Herz zu legen."

Soweit Dettweiler. Eines weiteren Kommentars bedarf diese Auslassung wohl nicht.

Die Ernährung der Kranken ist eine reichliche, den Einzelfällen angepasste und streng kontrollirte. Ueber das Klima in Falkenstein kann man sagen, dass es dem von Mittel-Deutschland überhaupt gleichkommt.

Kalte Douchen und Abreibungen werden ziemlich viel, je nach dem Kräftezustand der Kranken, angewandt. Die Resultate von Falkenstein sind gute und können sich dieselben mit denen viel höher gelegener Kurorte jederzeit messen.

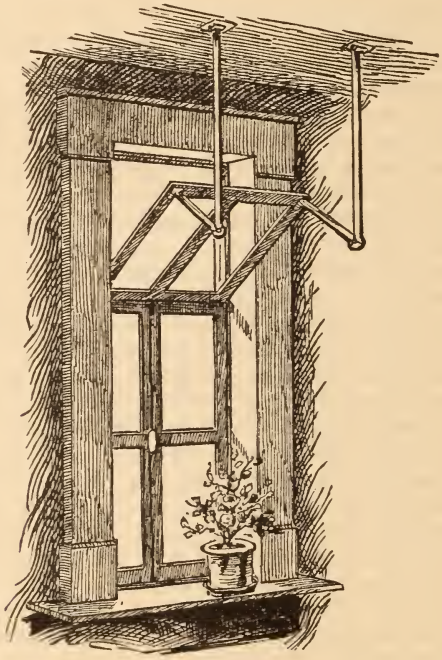
Nach der neuesten Publikation Dettweiler's wurden von 1022 Kranken 242 geheilt entlassen, alles Fälle von bacillärer Phthise, und ein Mehr von 3 Proz. gegen frühere Erfolge, welches letztere von ihm der permanenten Luftkur zugeschrieben wird.

Die zweite von mir besuchte Station für Lungenkranke war **Davos** in der Schweiz. Von Zürich aus geht die Bahn entlang dem Züricher See, dann entlang dem romantischen Waaler-See über Ragatz bis Landquart, nicht weit von der Endstation Chur. In Landquart besteigt man die Post und fährt 8 Stunden lang bergan, ein Vergnügen, das bei günstigem Wetter, wie ich es hatte, und oben auf der Post wegen der herrlichen Scenerie kaum schöner gedacht werden kann. Weit oben nun in den Graubündner Alpen, 4668 Fuss über dem Meer, liegt Davos-Platz in einem länglich-schmalen Thälchen, fast von allen Seiten durch hohe Bergketten gegen rauhe Winde geschützt.

Die Luft ist hier d ü n n , t r o c k e n (ausser im Frühjahr bei starker Bodenausdünstung) und staubfrei. Von April bis Juni ist Bronchitis häufig und Pneumonien nicht eben selten, der Ansicht der Kollegen gemäss in Folge der erwähnten, dann herrschenden grösseren Feuchtigkeit. Eine geschlossene Anstalt gibt es in Davos nicht, was entschieden zu bedauern ist. Die Patienten wohnen in Hotels und Pensionen, deren Einrichtungen nicht anders sind, als irgendwo in der Schweiz. Nur eine Verbesserung der Ventilation fand ich, welche darin besteht, dass der obere Theil des Fensters von Oben nach Innen und Unten gestellt werden kann, so dass sich die Luftströmung der Decke entlang vertheilt und so der Zimmerbewohner vor direktem Luftzug geschützt ist.—Die Heizung wird mittelst Oefen bewerkstelligt. (Siehe Skizze auf nächster Seite.)

Die Patienten sind sich in Davos so ziemlich selbst überlassen. Der Kollege macht seine Besuche je nach Bedürfniss, genau wie in der Privatpraxis, und gibt seine Anordnungen. Befolgt werden Letztere natürlich viel weniger genau als in geschlossenen Anstalten; sah ich doch am Nachmittag eines herrlichen Tages circa 10 Lungenkranke im *Café* des Kurhauses bei geschlossenen Thüren und Fenstern, im Tabaksqualm ihrer Cigaretten, Karten und Billard spielen. Gedoucht wird wenig mehr, Bäder und Abreibungen werden statt dessen viel gebraucht.

Eigentlicher Wald fehlt in der nächsten Nähe von Davos, und geeignete Wege zum Spazierengehen und Steigen sind wenige vorhanden. Trotzdem legt man hier alles Gewicht auf die fortwährende Bewegung in der Luft, im Gegensatz zu der Dettweiler'schen Ansicht des Einpackens. Im Winter laufen die Patienten auf Schlittschuhen, machen grosse Touren in Schlitten, und tollen sich mit kleinen Handschlitten stundenlang auf dem Eis herum. Die Bewegung der Patienten wird dahin regulirt, dass man im Anfang nur sehr kleine Spaziergänge im Thal gestattet, allmählich erst an zu steigen fängt, bis später selbst schwerere Bergpartien von energischen Kranken unternommen werden können. Dieses allmähliche Gewöhnen hat bekanntlich seinen Grund in der dünneren Beschaffenheit der Luft, an die sich Lunge und Herz erst gewöhnen müssen. Dass diese Vorsicht nicht übertrieben



ist, merkte ich bei einem kleinen Spaziergang selbst, der mich entlang einer Bergwand des Davoser-Thales führte. Nach kurzem, leichtem, mühelosem Steigen stellten sich so starkes Herzklopfen und Ohrensausen ein, dass ich weitere Versuche im Steigen ruhig den Patienten überliess und es vorzog, unter einer einsamen, schattenspendenden Tanne im Moos hingestreckt das Thälchen mit seinem weissen Kranz von Schneebergen von Oben zu betrachten.

Bemerkenswerth war mir, dass die Kollegen dort grosses Gewicht auf die Bettruhe der fiebernden Patienten legen. Diese Anordnung wird so lange befolgt, bis das Fieber geschwunden ist. Medikation findet dabei nicht statt, indem man mit Recht behauptet, dass in Folge derselben nur vorübergehende Abfälle der Temperatur bewerkstelligt würden, nicht aber Beseitigung des Fiebers. Herr Kollege

Ruedi lässt in einer Pension die Betten geeigneter Patienten frei auf eine gedeckte Veranda rollen und berichtete mir sehr gute Resultate von dieser Behandlung.

Einen entschieden anregenden, erfrischenden und erheiternden Einfluss übt die Luft in Davos auf den Neuling aus. Mir war während meines dortigen Aufenthaltes zu Muthe, als ob meine Körperkräfte keine Grenzen hätten und war ich fortwährend zum Singen aufgelegt — sichere Zeichen grossen körperlichen Behagens. Trotzdem ich nun ausser zwei Gläsern guten Weines bei Tisch keine Alkoholika genoss, befand ich mich in einem wirklich angeheiterten Zustand, der mit mässiger Champagnerwirkung verglichen werden konnte. Herr Kollege Unger (an den ich von meinem Lehrer, Herrn Prof. Wagner in Leipzig empfohlen war) bestärkte mich in der Ansicht, dass es sich hier um die Wirkung des vermehrten Sauerstoffgehaltes der Luft sowohl, als auch um die wesentlich erleichterte Arbeit des Respirations- und Cirkulationsapparates handeln müsse, die durch die dünne, trockene Beschaffenheit der Luft bedingt wurde.

Als Winteraufenthalt ist Davos nun desswegen besonders geeignet, weil die Trockenheit der Luft auch dann Stand hält. Der Niederschlag kommt im Winter fast nur in Gestalt von Schnee zu Boden, und hält letzteren fast stets bis zum Frühjahr bedeckt. Auch im Winter sind klare Täge häufiger als trübe, wodurch die Luft wiederum durch Sonnenstrahlung erwärmt und verdünnt, und der Luftdruck demgemäss verringert wird.

Die Temperaturdifferenzen von Davos sind gross, sowohl zwischen Sommer und Winter — zwischen — 25° C. Minimum und +24° C. Maximum — als auch zwischen Tag und Nacht und oft auch zwischen aufeinanderfolgenden Tagen. Als ich Abends 10 Uhr vor dem Kurhaus im Mondschein und bei absoluter Windstille anlangte, war ich trotz wollener Beindecke durchgefroren, und am nächsten Tag war es heiss, allerdings nur in der Sonne. Die mittlere Temperatur der Monate November, December, Januar, Februar und März (also die eigentlichen Kurmonate) ist nach Spengler fast stets unter 0°! Dabei ist aber die Luft meist still und trocken — was mit den Ergebnissen unserer Untersuchungen über Witterungseinfluss merkwürdig übereinstimmt. Ebenso dass die grossen Temperaturdifferenzen nicht ungünstig auf die Lungenschleimhaut wirken, vorausgesetzt dass nicht Wind und eintretende Feuchtigkeit dabei im Spiele sind. Es war z. B. im Januar 1877, die Maximalschattentemperatur 2,25° im Durchschnitt und die Maximalsonnentemperatur 42,39°, so dass die Kranken mitten im Winter im Freien sitzen und gleich darauf eine weit kältere Luft ohne Schaden einathmen können.

Die absolute Feuchtigkeit von Davos nach Steffen's Berechnung ist 4,8 Gramm Wasserdampf in einem Kubikmeter Luft, so dass die Atmosphäre bei einer Erwärmung auf 37° C. (die angenommene Temperatur der Ausathmungsluft) noch 38,7 Gramm Wasserdampf in jedem Kubikmeter aufnehmen könnte. Die mittlere relative Feuchtigkeit würde bei 37° (= 97° Fahrenheit) in 1876 11,1 Procent gewesen sein. Bringen wir hiermit in Zusammenhang, dass die grösste und andauerndste Feuchtigkeit dort im Frühjahr herrscht und dass dann Bronchitis und Pneumonien da vorkommen — so dürfte das mit den Ergebnissen unserer Untersuchung stimmen, entgegengesetzt zu Baker* in

*) *N. Y. Medical Journal* Sept. 1886.

Michigan, der in der trockenen Kälte allein die Ursache der Pneumonieen gefunden zu haben glaubt. Wäre dem so, so hätte Davos seinen Ruf als Winterkurort nicht erlangt, denn trockene stille Kälte ist der Faktor, dessen man sich in Davos rühmt. Eine Atmosphäre aber, die günstig auf chronisch kranke Lungenschleimhaut wirkt, kann unmöglich die Ursache von akuten Entzündungsprozessen sein, wie Baker meint.

Für Patienten nun, welche Energie und Charakterfestigkeit genug besitzen, die von ihrem Arzt angeordneten Vorschriften bezüglich ihrer Lebensweise ohne Kontrolle zu befolgen, oder für solche, welche schon in geschlossenen Anstalten Erfahrungen gesammelt haben und — welche noch heilbare Erkrankungsherde besitzen, für solche ist Davos ohne Zweifel der beste Platz im Winter. Fehlen aber diese Bedingungen (was wohl bei den Meisten der Fall ist), so müsste entschieden zu Falkenstein oder Goerbersdorf gerathen werden, denn die Abgeschiedenheit von Davos von der Aussenwelt bedingt über kurz oder lang eine solche Langeweile bei den Patienten, dass dieselben (bei der relativ laxen Kontrolle der Aerzte) gar bald in Gewohnheiten verfallen, welche ein Heilungsresultat von vornherein fraglich, wenn nicht unmöglich machen.

Die Resultate von Davos sind bekannt, trotzdem Statistik fehlt. Hier, wie auch anderswo, kommt es auf zwei Punkte an, um ein günstiges Resultat zu erzielen:

Erstens das frühzeitige Beginnen der Kur, und

Zweitens die Exaktheit und Ausdauer der Ausführung derselben.

Halbtodte werden auch hier nicht gesund gemacht, und selbst dieses Klima leistet nichts, wenn der Patient nicht von allen Seiten mithilft.

Goerbersdorf. In der süd-östlichen Ecke von Schlesien, dicht an der böhmischen Grenze, liegt das Dörfchen Goerbersdorf, in dem Dr. Brehmer, der Nestor der modernen Klimato-Therapie bei Lungenerkrankung, vor 32 Jahren seine jetzt weltbekannte Anstalt gründete. Das Häuschen, das mir Dr. Brehmer selbst als die Wiege seiner Anstalt bezeichnete, ist ein kleines zweistöckiges Gebäude, das sich durch nichts von den übrigen Dorfwohnungen auszeichnet.

Die jetzigen Hauptgebäude der Brehmer'schen Anstalt sind riesig und imponiren ausserdem durch ihren geschmackvollen Styl. Wohl 300 Patienten können untergebracht werden. Die Ventilationsvorrichtungen sind vorzüglich, indem dafür gesorgt wird, dass sich die Luft in den Zimmern drei Mal stündlich erneuert. Auch ist vorgesehen, dass die Stubenluft im Sommer durch Ueberstreichen von Wasserflächen in den Ventilatoren abgekühlt werden kann.

Die Wege wie die Parkanlagen der Anstalt sind sehr gut gehalten und bieten grosse Mannigfaltigkeit dar, und dehnen sich dieselben bis zur Länge von 3 englischen Meilen durch prachtvolle Tannenwälder über beträchtliche Anhöhen hin, aus.

Die Anstalt liegt 1800 Fuss über dem Meere; also nach Brehmer'scher Idee in „immuner" Höhe, welche mit 1600 Fuss Elevation anfangen soll

Die Oekonomiegebäude sind allein der Inspektion werth; die Kühe sind heimischer Rasse, circa 45 an der Zahl; Trockenfütterung wird hier nicht gehandhabt.

Die Behandlung der Patienten, welche von Dr. Brehmer und 4 Assistenzärzten geleitet wird, ist äusserst streng und genau. Die Patienten sinken dabei zu willenlosen Maschinen herab, die nur von der Hand der

Aerzte regulirt werden. Eben diese Handhabung der Kranken bringt dieselben nicht selten dazu, bittere Urtheile über Brehmer und seine Anstalt zu fällen, oder auch gar die Anstalt bald wieder zu verlassen. Letztere lässt man dort ruhig ihrer Wege ziehen, mit Ersteren hat man Geduld. Gerade der Lungenkranke, der schon durch die Hände vieler Aerzte gewandert, glaubt oft mehr von seinem Leiden zu wissen als irgend welche Autorität! Kommt nun so Einer in die Zwangsjacke der Brehmer'schen Methodik, so empört sich seine Allwissenheit gegen jede Maassregel der er sich unterwerfen soll. Aber diese Maassregelung, diese absolute Nichtachtung des Patientenwillens sichert Brehmer die Erfolge, die wie er kein Anderer bisher aufweisen konnte. Die Patienten m ü s s e n täglich ihr Quantum Milch zu bestimmten Zeiten trinken und sich überhaupt bezüglich der Diät genau fügen. Der Tabaksgenuss in der Anstalt und ihren Anlagen ist verboten, ebenso der willkürliche Genuss von Spirituosen. Die Spaziergänge, welche alle (entgegengesetzt zu Falkenstein) b e r g a u f im Tannenwald gemacht werden, sind immer genau vorgeschrieben, sowohl bezüglich der Ausdehnung, als der Zeit. Die Douche wird noch häufig angewandt und blos bei Herzschwäche weggelassen.

Allmähliche Abhärtung gegen Witterungseinflüsse, bei methodischer Kräftigung der Herzmuskulatur durch Bergsteigen, zusammen mit Milchkur und ausgezeichneter Ernährung sind die Hauptpunkte der Brehmer'schen Behandlung.

Die klimatischen Verhältnisse von Goerbersdorf sind nicht so günstig wie die von Davos, und nicht besser als die von Falkenstein, Beweis genug, dass das Klima ein wichtiges Hülfsmittel, aber nicht das einzige Agens bei der Heilung chronischer Lungenerkrankungen ist.

Höhen-Klima oder Arzt? Woran liegt es nun, dass Patienten sowohl bei 1370 und 1800, als auch bei 4660 Fuss über dem Meer gebessert und geheilt werden? Um diese, sich uns nach dem Berichteten aufdrängende Frage zu beantworten, müssen wir die übrigen Hülfsmittel dieser Kurorte ins Auge fassen.

Brehmer war wohl der erste, der von einer „Immunitätshöhe" bei Phthise sprach, und hält er auch jetzt noch fest, dass Gegenden über 1600 Fuss hoch immun — tiefer gelegene Orte nicht mehr immun sind und deswegen zur Therapie chronischer Lungenaffektionen nicht mehr geeignet seien! Diese Lehre galt lange und gilt theils noch vielen Aerzten als Dogma. Weber (Klimatotherapie, Ziemssen) sagt beim Besprechen des Höhenklima's: „Man hat früher grossen Werth auf die sogenannte Immunnität der Höhenklimate in Bezug auf die Schwindsucht gelegt, und wir selbst haben dieselbe für grösser gehalten als sie zu sein scheint. Weitere Nachforschungen und auch die Resultate der Kommission der schweizer Naturforscher und Aerzte haben gezeigt, dass die Schwindsucht in grösseren Höhen zwar viel seltener ist als in Tiefland mit Städten und Fabriken, dass sie aber nicht ganz abwesend ist, und dass in den hochgelegenen Fabrikdistrikten sogar ziemlich viele Fälle von Schwindsucht vorkommen; so dass unhygienisches Leben, fortwährender Aufenthalt in beschränkten, mit Menschen gefüllten Räumen und ähnliche Verhältnisse auch in den sonst gesunden Hochthälern nicht ohne Schaden bleiben können. Ludwig in Pontresina hat auch im Oberengadin (5500 Fuss Höhe) einzelne Fälle von wirklicher Phthise nachgewiesen."

Die Immunitätslehre hat nun durch die Koch'shen Untersuchungen und durch vielfältige Erfahrung insofern einen Stoss erlitten, als viele

und gute Resultate unterhalb der Immunitätslinie erzielt wurden und noch werden. Die steife Behauptung Brehmer's muss man dem Vater und Erfinder der Höhenklima-Behandlung nicht so übel nehmen, trotzdem die Gegenbeweise nun ein Mal da sind und sich nicht wegschaffen lassen. Ist es aber Thatsache, dass Falkenstein ebenso wie Davos und Goerbersdorf gute Resultate hat — so muss der Hauptfaktor der Behandlung nicht in der Höhe des Kurortes liegen!

Ist die Luft nun nicht gleich dünn und trocken, gibt es mehr Regen und trübe Tage in Goerbersdorf als in Davos, liegt Goerbersdorf höher und geschützter als Falkenstein — so haben alle 3 Kurorte eine gemeinsame Haupteigenschaft, nämlich möglichst aseptischreine, sich durch Strömung häufig erneuernde Luft!

Auf die Pathologie der chronischen Lungenaffektionen einzugehen, ist hier nicht der Ort; erinnern will ich nur daran, dass wir es hierbei theils mit oberflächlichen Reizzuständen der Schleimhäute, theils mit interstitiellen Entzündungsherden, theils mit eitrigem Zerfall der Gewebe zu thun haben, meist aber mit diesen Zuständen zusammen. Durch die Lehren der Bakteriologie, sowie durch die Erfahrungen der modernen Wundbehandlung wissen wir nun, dass alle Wundflächen, seien es tiefe und breite Incisionen oder minimale Hautabschilferungen, durch Berührung mit unreinen Medien derartig an der Heilung verhindert werden, dass sowohl lebensgefährliche Zustände durch Sepsis, als auch mangelhafte Granulationsbildungen mit langwierigem Wundverlauf eintreten können und müssen. In den Lungen dieser Patienten nun befinden sich Wundflächen aller Art, und werden dieselben nun fortwährend mit den Unreinlichkeiten der eingeathmeten Luft in Berührung gebracht, wodurch wiederum fortwährend Reizung und neue Schmutzinfektion stattfindet. Das sind Thatsachen, m. H., die wir Alle kennen, aber eben deswegen bei der Behandlung kranker Lungen immer und immer wieder vergessen und missachten, um dann, wenn es zu spät ist, nach dem magischen Höhenklima zu greifen, etwa wie der Chirurg, der mit schmutzigen Fingern und Händen operirt hat — nach dem alleinseligmachenden Carbol und Sublimat.

Reine, möglichst aseptische Luft in genügender Quantität den erkrankten Lungen zuzuführen ist und bleibt nun die Hauptsache bei der Behandlung chronischer Lungenaffektionen. Nicht allein die grosse Erfahrung der verschiedenartigsten Anstalten und Kurorte, auch die Erfahrung des Einzelnen lehrt dasselbe tagtäglich. Ebenso wie wir wissen, dass Leute, welche in verunreinigter Luft leben, leicht lungenkrank werden, ebenso wie uns bekannt ist, dass die Berufsarten, welche die schmutzigste Atmosphäre bedingen, am meisten — und die, welche dem Menschen gestatten, die möglichst reine Luft einzuathmen, am wenigsten Lungenkranke aufweisen, sind uns andererseits auch Fälle von Besserung und Heilung bekannt, welche nur durch Luftveränderung allein schon bewerkstelligt wurden. Manche dieser Fälle wurden in Montana oder Florida, manche auf See, und andere wieder in den Adirondacks oder den Catskills, ja selbst auf dem flachen Lande gebessert und geheilt.

Lassen sich diese Thatsachen nun nicht leugnen, so muss man trotzdem nicht vergessen, dass, je ungünstiger die klimatischen Verhältnisse eines Kurortes, desto schwerer, und je günstiger, desto leichter die Kur. Würden sich die Patienten in Goerbersdorf und Falkenstein so selbst überlassen wie in Davos, die Resultate dieser Anstalten würden

zweifellos bedeutend geringer, wenn nicht geradezu ganz fraglich. Es spielt demnach die ärztliche Behandlung eine grosse Rolle und besteht dieselbe wesentlich darin, den Patienten die gebotene reine Luft auch einzugeben, gerade wie man Medizin eingibt. Der ganze Apparat der Douchen, der Bäder, der Frottirungen, der Ventilation, des permanenten Luftbades in Sesseln, der Spaziergänge, des Steigens und der Gymnastik — hat nur den Zweck, die Inspirationen der Lunge zu vertiefen, die Herzmuskeln zu stärken und so viel Luft wie möglich in die Lunge gelangen zu lassen. Da nun, wo das am Besten betrieben wird, hat man die besten Resultate; ob die Luft um ein Kleines dünner oder nicht, ob um ein Zehntel mehr Feuchtigkeitsdurchschnitt oder nicht, das ist und muss Nebensache sein und bleiben.

So kann man denn folgern, dass, je mehr das Klima thut, desto weniger, je weniger, desto mehr bleibt dem Arzt als Anordner, Beaufsichtiger und Therapeut zu thun übrig ; ferner aber auch, dass man mit reiner Luft, methodischer, ausgiebiger Benutzung derselben und guter Ernährung Schwindsüchtige heilen kann.

Seit Jahren plant die **„Deutsche Gesellschaft"** dieser Stadt die Errichtung einer **Anstalt für chronische Kranke.** Ausschliesslich, um dieser Idee zu nützen, besuchte ich die obigen Anstalten und Kurorte. Was ich dort sah, hat mich nicht abgeschreckt und nicht entmuthigt. Ich habe gesehen, was der Wille und die Fähigkeit Einzelner vermag, und ich weiss, dass man hier das, was man drüben gethan, nachmachen kann. Palastähnliche Gebäude, wie in Goerbersdorf und Falkenstein, sind nicht allein unnöthig, sondern — entsprechend der modernen Wohnungshygiene — sogar Fehler. Das allein ermöglicht einen bescheidenen Anfang. Eine Anstalt, die unseren Bedürfnissen wenigstens im Anfang entspräche, würde ich mir folgendermaassen denken :

Man müsste eine grössere Farm in einem geschützten Bergthälchen in Westchester oder Sullivan County (wo Thäler von 1000 bis 1500 Fuss Meereshöhe genug zu finden sind) kaufen. Eine gehörige Portion Wald (womöglich Tannen und Fichten) am angrenzenden Bergabhang zum Anlegen von Steigen und Pfaden mit Ruhebänken wäre nöthig. Die Anstalt selbst muss tiefer als der Wald liegen, da beim Bergabsteigen die Patienten ihre Kräfte oft überschätzen und so später übermüdet nach Hause kommen.

Die Gebäulichkeiten müssten Baracken aus Stein oder Holz sein. Dieselben sollten auf steinernen Pfeilern, 2 Fuss über der Erde erhöht, ruhen, was im Sommer die Durchstreichung der Luft zulässt ; im Winter könnten diese Räume durch passende Schieber zugemacht werden. Die Südseite jeder Baracke muss mit einer Veranda entlang des Gebäudes versehen sein, welche mit Segeltuch von oben geschützt werden kann, um das Herausrollen der Betten aus den Zimmern zu gestatten. Die Fenster der Südseite müssten aus Glasthüren bestehen, die in ihrem ganzen Umfang geöffnet werden können. In dem Kinderhospital von Prof. Wyss in Zürich sah ich diese Vorrichtung. In den oberen Dritteln der Fenster müssten Klappen wie in Davos angebracht werden.

Die Zimmer könnten durch leichten Bretterverschlag hergestellt werden und zwar so, dass der obere Theil des Barackenraumes ein offenes Ganzes bildete. Dieser Oberraum müsste wiederum entsprechende Ventilationsvorrichtungen haben. Die Nordseite der Baracke würde durch einen Gang (Corridor) verbunden werden können.

An beiden Enden der Gebäude müssten Bade- und Waschvorrichtungen angebracht werden, davor eine mit Glasfenstern geschützte Veranda, die den Aufenthalt im Freien ambulanten Kranken selbst bei Regenwetter gestattete.

Bezüglich der Isolirung der an bacillärer Phthise Leidenden bin ich davon überzeugt, dass ein Verfahren, wie oben erwähnt, vollkommen genügt. Auch der Tuberkelbacillus scheint, ähnlich dem Choleragift, meist an Gegenständen haftend übertragen zu werden, und nach der neuesten Arbeit von Biedert (*Berl. klin. Woch.* 18. Oct. 1886) sinken die Bacillen in Flüssigkeit sehr schnell auf den Boden des Gefässes, woraus man schliessen kann, dass sie sich der Atmosphäre nur schwer beimengen. Mit Sublimatlösung gefüllte Auswurfgefässe würden dieselben aber unschädlich machen.

Zur Therapie nur ein paar Bemerkungen. Ein Hauptmangel der Behandlung ambulanter Kranker in Kurorten und Anstalten ist die Beschäftigungslosigkeit der Patienten. Die Langeweile aber ist eines der Mittel, um namentlich dem Invaliden irgend einen Aufenthalt, irgend ein Verfahren, irgend welche Dinge sicher zu verleiden! Dass diesem Mangel noch nirgends abgeholfen ist, hat mich einigermaassen in Erstaunen gesetzt! Die armen Phthisiker laufen da in den Anstalten und ihren Anlagen herum, husten und spucken einander was vor und zählen die Tage und die Stunden, bis sie wieder fort können! Mehr aus Langeweile als aus anderen Gründen! Die Gedanken der Patienten sind stets und ständig auf ihr Leiden und dessen Behandlung gerichtet, niemals kann sich das Gehirn von diesem Schreckgespenst erholen. Die Lectüre allein ist das Mittel und das hat bei dem Aufenthalt im Freien seine Gefahren, indem Thätigkeit des Gehirns entschieden leicht kalte Füsse und seine Consequenzen nach sich zieht.

Es wäre demnach wünschenswerth, den Patienten — je nach ihren Körperkräften — Beschäftigung im Freien zu verschaffen, und das kann man auf einer Farm leicht haben. Heumachen, Holzspalten und -Sägen, Füttern, Zusammentragen der Feldfrüchte und derartige Verrichtungen mehr können nur nützlich auf die Lungen- und Herzthätigkeit wirken. Ein eingehender Versuch in der Richtung könnte nur Nutzen bringen. Wäre ein See in der Nähe, könnte man Versuche mit Rudern anstellen, eine Thätigkeit, deren gleichmässige, kräftigende Wirkung auf den Thorax und seinen Inhalt nur Derjenige in seinem vollen Maasse zu würdigen weiss, der selbst diesen edlen Sport jahrelang betrieben hat.

Die Douchen haben ohne Zweifel ihre Berechtigung, aber man kann sie gut und leicht ersetzen. Kalte Abreibungen und Bäder genügen der Hautpflege vollkommen, und tiefe Inspirationen kann man auch ohne Douchen bewerkstelligen. Dass ausgiebige Milchwirthschaft mit derartiger Anstalt verbunden sein muss versteht sich von selbst, und würde ich es für entschieden zweckmässig halten, eine Anzahl der Kühe mit ausschliesslich trockenem Futter (Heu und Weizenkleie) zu erhalten, um die so gewonnene Milch den besonders an Magenverdauung schwachen Patienten verabfolgen zu können. Ein von mir früher der „Deutschen Gesellschaft“ vorgelegter Plan, eine derartige Anstalt direkt mit einer Milchwirthschaft nach dem Muster der Frankfurter zu etabliren, ist leider von vornherein zu den Akten gelegt worden und wird wohl vorläufig seinen Aufenthalt im Reich der Träume nicht verlassen. Erwähnen will ich nur, dass die Frankfurter Milchkuranstalt, die ich ebenfalls gründlich inspizirte, mit zu dem Schönsten und Zweckmässigsten gehört, was ich je gesehen habe, und dass ich die

feste Ueberzeugung habe, dass derartige Anstalten über kurz oder lang hier ebenfalls entstehen werden, entstehen müssen, leider aber wohl als hauptsächlich den Geldbeuteln Einzelner dienend.

Selbstverständlich ist es, dass eine Heilanstalt für chronische Kranke nur dann gedeihen kann, wenn sie sich unter der Leitung eines einzelnen gediegenen, erfahrenen und humanen Arztes befindet — jede andere Einrichtung würde den Zweck (die Heilung und Besserung chronisch Kranker, die in der Stadt dem sicheren Tode entgegengehen) einfach vereiteln.

Diese von mir hier angegebenen Grundzüge für eine eventuell zu kreirende Anstalt dieser Art sind sammt und sonders von den Herren Collegen Brehmer in Goerbersdorf, Dettweiler in Falkenstein, Unger und Ruedi in Davos und meinem Lehrer Wagner in Leipzig (dem ich das planmässige Vorgehen in dieser Studienreise verdanke) — gebilligt und als am zweckmässigsten empfohlen worden.

Ihnen heute Abend eine detaillirte Schilderung der Behandlung einzelner Erkrankungsformen zu geben, konnte nicht in meiner Absicht liegen, und habe ich daher versucht, in dieser kurzen Skizze das mir als wesentlich Erschienene wiederzugeben.

Zum Schluss noch ein Wort der Bitte, nicht für mich, sondern für die chronisch kranken Armen. Sie Alle kennen das Elend und die Verlassenheit dieser Leute, und Sie wissen, dass ihre Erkrankungen oft Resultate moderner Kultur genannt werden müssen. Unsere Zeit zeigt eine Gährung in den untersten Volksklassen, ihre Lage (und dazu gehört auch die hygienische Existenz) so viel wie möglich zu bessern, nicht selten sogar mit Mitteln, die, wenn erfolgreich, die Existenz der Völker und Staaten in Frage stellen würden. Diese Gährungen sind Verzweiflungsrufe in die Ohren der Bessersituirten und Besserwissenden! M. H. Lassen Sie uns nicht taub bleiben gegen dieses Schreien! Lassen Sie uns nach Kräften zu wirken suchen mit Rede, Schrift und That, so viel wie möglich zu helfen, wo immer wir können! Und desshalb, und weil ich weiss, dass von Ihrem Interesse viel abhängt, und Sie als Aerzte, als d e u t s c h e Aerzte, Wohlthäter sind — desshalb bitte ich Sie, dahin wirken zu wollen, bis eine Heilanstalt (und sei sie noch so klein) für unsere bislang verlorenen, armen, chronischen Kranken Zeugniss davon gibt, dass man auch an sie endlich anfängt zu denken!

Ueber Pharyngomycosis leptothricia benigna.

(Nach einem vor der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 1. November 1886 gehaltenen Vortrage.)

Von Dr. Max Toeplitz, *Assistant-Surgeon* am *N. Y. Ophthalmic und Aural-Institute.*

Zu der Zeit, als das Mikroskop die Anatomie durch zahllose Entdeckungen bereicherte, that Prof. Jacob Henle den Ausspruch, dass es ein Leichtes sei, Entdeckungen zu machen; man brauche sich nur über die Zunge zu kratzen und die abgekratzten Massen mikroskopisch zu untersuchen, so habe man etwas Neues gefunden. So erzählte Henle's berühmter Schüler Waldeyer, welcher treffend hinzufügte, dass es allerdings darauf ankomme, ob sich ein Henle oder Jemand anders über die Zunge kratze. So viel steht jedenfalls fest, dass durch das Abkratzen erkrankter Partieen der Zunge und der angrenzenden Gebilde der Mundhöhle und des Rachens die Erkenntniss wesentlich geför-

dert worden ist. Das Mikroskop hat uns besonders über die mykotischen Erkrankungen gerade hier für die Aetiologie die wichtigsten Aufschlüsse geliefert.

Am besten studirt ist der Soor, durch *Oidium albicans* hervorgerufen, der den Kinderärzten sehr häufig begegnet.

Zu den selteneren mykotischen Affektionen der Mundhöhle gehören die *Nigrities linguae*, die *Mycosis sarcinica*, die *Aspergillus-Mykose* und die *Mycosis leptothricia*. Bei der *Nigrities linguae* ist die Zunge mit einem schwarzen Belage überzogen, der sich bald abstösst, um sich ebenso schnell wieder zu bilden. Ueber ihre mykotische Natur wird noch gestritten. Dessois[1], der die beste Arbeit darüber geschrieben hat, nennt den vermeintlich der Affektion zu Grunde liegenden Pilz *Glossophyton*. Sell und Dahl[2] konnten ihn nirgends unterbringen. Klebs nennt ihn *Penicillium microsporinum*. Vollständige Literaturangaben finden sich bei J. Solis Cohen.[3]

Die *Mycosis sarcinica*, deren Produkte aus der Sarcine bestehen, ist zuerst 1846 von Virchow[4], neuerdings wieder von Nauwerk[5] und Fischer[6] beschrieben worden.

Die Aspergillus-Mykose, welche im äusseren Gehörgange ziemlich häufig vorkommt, gehört im Halse zu den grössten Seltenheiten. Schubert[7] hat darüber sehr interessante Angaben gemacht.

Von der *Mycosis leptothricia* unterscheidet man zwei Formen: die diffuse Leptothrixbildung und die mehr in circumscripten Flecken auftretende Form.

Die diffuse Leptothrixbildung im Munde wurde von v. Ubisch[8] genau geschildert. Bei dieser findet man die Zunge gleichmässig durch eine zusammenhängende, milchglasfarbige glänzende Masse belegt, welche die *Papillae filiformes* und *fungiformes* vollständig überzieht. Selbst die Niveaudifferenzen an der Zungenwurzel sind fast ganz ausgeglichen; ebenso die an der unteren Zungenfläche. Der Allgemeinzustand des Patienten war befriedigend, namentlich waren die Funktionen des Magens und die Geschmacksfähigkeit erhalten. Die Belagmassen waren Leptothrixbildungen.

Die zweite Form ist die zuerst von B. Fraenkel[9] 1873 unter dem Namen *Mycosis tonsillaris leptothricia benigna* beschriebene Affektion, die uns hier näher beschäftigen soll.

Gestatten Sie mir zunächst, m. H., dass ich Ihnen über zwei von mir selbst beobachtete Fälle berichte, deren ersten ich einem Theile der anwesenden Herren vor einiger Zeit an andrer Stelle zu demonstriren die Ehre hatte.

I. *Th. F., Anstreicher, 31 Jahre alt;* ist stets gesund gewesen. Er bemerkte seit Ende Oktober 1885, dass ihn beim Pfeifenrauchen ein unangenehmes Gefühl von Rauhigkeit mit beständigem Kratzen und „ewigem Reiz" zum Räuspern überkam, worauf er grauen Schleim ent-

[1] De la langue noire; Paris 1878, 8 vo. p. 38 und *Gaz. des hôpit.* No. 28, 1879.

[2] Sell, Lingua nigra Tilfaelde of lingva nigra. *Hospital Tidende* 1885. pag. 87.

[3] Pepper's System of medicine. Vol. II. p. 357.

[4] *Virchow's Archiv*, Bd. IX.

[5] *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte.* No. 8. 1881.

[6] *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* Bd. XXXVI. S. 344.

[7] *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. XXXVI. S. 162.

[8] *Berl. Klin. Woch.* 1875, No. 52.

[9] *Berl. Klin. Wochenschr.* 1873. S. 94. 1880. No. 18.

fernte. Er begab sich in die Behandlung eines hiesigen Kollegen, der ihn seit Weihnachten 1885 wegen eines Rachen-Kehlkopfkatarrhs und eines an der linken Mandel befindlichen Wärzchens durch Pinseln mit Lösungen behandelte, ohne dass jedoch die Beschwerden im Geringsten gelindert wurden. Mitte März 1886 bekam Patient eine akute, fieberhafte Affektion, die sich durch Schwellung des Gesichtes und Unmöglichkeit, die Augen zu öffnen, charakterisirte und acht Tage lang dauerte. Mai 1886 sah ich den Patienten zuerst. Die Untersuchung der Mandeln und des Zungengrundes mit dem Kehlkopfspiegel, setzten es bei dem charakteristischen Bilde gleich ausser Zweifel, dass wir es mit einem Falle von *Pharyngitis leptothricia* zu thun hatten. Die Diagnose wurde dann noch durch das Mikroskop völlig bestätigt und die Präparate bei der vorher erwähnten Gelegenheit demonstrirt. Die Affektion bot folgendes Bild dar: An der linken Tonsille befand sich eine ca. ½ cm. lange, derselben festaufsitzende Excreszenz von graulichweisser Farbe, welche „spitzen Kondylomen" am besten zu vergleichen war. Ausserdem bemerkte man in der Bucht zwischen Tonsille und hinterem Gaumenbogen locker sitzende, krümelige, weisse Massen. Auf dem hinteren Gaumenbogen tief unten befand sich eine stachliche, weisse Hervorragung. Besonders charakteristisch waren etwa zehn glänzende, weisse, fast runde, scharf von einander abgesonderte Auflagerungen von 3 bis 5 mm. im Durchmesser, welche den *Papillae circumvallatae* und *fungiformes* so fest aufsassen, dass sie nur mit einiger Gewalt entfernt werden konnten.

Der Patient, von Natur ein starker Hypochonder, wurde durch die lange Dauer seiner Affektion und die beständigen Beschwerden sehr deprimirt. Sein Appetit verminderte sich mehr und mehr, so dass er abmagerte und „schwindsüchtig" zu sein glaubte. Er wurde nach sechswöchentlicher Behandlung völlig geheilt.

II. *S. C.*, 19 Jahre alt; kräftig entwickeltes, völlig gesund aussehendes Mädchen; befand sich seit Juni 1885 wegen eines Ohrenleidens in meiner Behandlung. In Folge einer Exacerbation ihrer Ohrenaffektion stellte sie sich Anfang Juni d. J. wieder vor. Bei der zur Vervollständigung der Untersuchung vorgenommenen Inspektion des Rachens entdeckte ich die charakteristischen weissen Massen in den Krypten der linken Tonsille. Der Zungengrund war zur Zeit nicht befallen. In den nächsten Wochen sah ich die weissen Flecken über den hinteren Gaumenbogen hinweg sich über den Zungengrund ausbreiten. Es befanden sich hier, auf der Höhe der Krankheit, sechs rundliche, weisse Erhabenheiten. Die Patientin fühlte absolut keine Beschwerden; sie wurde erst durch meine wiederholten Demonstrationen in der Klinik auf ihre Krankheit aufmerksam. Trotz meiner Versicherungen, dass die Flecken nichts Schlimmes zu bedeuten hätten, wurde sie ängstlich, hielt ihre Affektion für Diphtherie und kurirte sich selbst zu Hause mit der in unserer Stadt so beliebten Kalichloricum-Eisenmixtur. Als jedoch die Flecken trotzdem nicht verschwanden, erschien sie wieder und wurde bald von ihrem „Leiden" befreit.

Wir haben es also in diesen Fällen, m. H., mit der zuerst von B. Fraenkel[9] beschriebenen *Pharyngitis leptothricia* zu thun. Die Affektion ist jedoch erst seit der klassischen Arbeit Th. Hering's[10] genauer bekannt geworden. Der nun folgende eingehende Schilderung soll Hering's Abhandlung als Grundlage dienen.

[10] *Zeitsch. f. Klin. Med.*, Bd. VII. S. 358.

„Als Pharynx-Mykose," sagt Hering, „muss eine Erkrankung der Ton-
„sillen und des Zungengrundes bezeichnet werden, welche sich durch
„das Auftreten weisslicher, oder gelblich grauer, weicher, manchmal
„hornartiger, öfter gestielter Knötchen oder stachelartiger Exkreszenzen
„charakterisirt. Dieselben haben ihren Sitz in den Krypten der Ton-
„sillen, manchmal auf der Schleimhaut derselben, den Gaumenbögen
„oder der hinteren Rachenwand, deren Seitentheile öfters bis tief hin-
„unter mit ihnen besetzt sind."

(Selten ist auch die Epiglottis[11], mit einigen kraterförmigen Einlagerungen der Pilze versehen und zuweilen wandern die Pilze auch in den Kehlkopf.[12])

„Auf dem Zungengrunde nehmen die Knötchen fast ausnahmslos aus
„den *Papillae circumvallatae* und den Balgdrüsen ihren Ursprung und
„bilden 2 bis 8 mm lange und bis 2 mm dicke Fäden oder Büschel. Sie
„zeichnen sich durch enorme Hartnäckigkeit in dem Bestehen und das
„rasche Sichwiederbilden nach der künstlichen Entfernung aus, verur-
„sachen für gewöhnlich nur unbedeutende lokale Beschwerden und rufen
„in der Regel keine entzündliche Reaktion in den von ihnen afficirten
„Theilen hervor. Nur in seltenen, schwerer verlaufenden Fällen, bei
„grosser Ausbreitung der Erkrankung sind ausser lokalen Beschwerden
„auch Störungen des Allgemeinbefindens konstatirt worden."

Die Affektion findet sich immer auf den Tonsillen, in vielen Fällen auf Tonsillen und Zungengrund, wie auf letzterem allein. Die linke Tonsille ist, wie auch in meinen Fällen, — vielleicht nur zufällig —, weitaus am häufigsten befallen.

Die Krankheit scheint bei Frauen häufiger zu sein als bei Männern.

Mit Vorliebe zwischen dem 28. und 35. Lebensjahre auftretend, wurde sie zwischen dem 12. und 62. Jahre überhaupt beobachtet.

Es ist auffällig, dass, obwohl die Affektion schon seit 1873 beschrieben ist, doch verhältnissmässig wenig Fälle davon in der Literatur berichtet sind. Der Grund davon liegt keineswegs in der Seltenheit ihres Vorkommens, sondern wahrscheinlich darin, dass sie mit andern Affektionen verwechselt worden ist. Sie bietet jedoch ein so typisches Bild, dass, wer einmal einen Fall gesehen hat, sich nicht mehr leicht irren kann. Seit dem Erscheinen der Hering'schen Arbeit häufen sich die Mittheilungen von Monat zu Monat. Auch von den hiesigen Kollegen haben mehrere typische Fälle gesehen.

Auf Dr. Gruening's Arbeit komme ich noch später zurück.

Für die Differentialdiagnose kommen hier die Diphtheritis, Tonsillitis follicularis und Konkrementbildungen in Betracht.

Von der Diphteritis unterscheidet sich unsere Affektion durch den Mangel an Entzündungserscheinungen, den fieberlosen Verlauf, das diskrete, nicht konfluirende Auftreten der Herde und, was bei Diptheritis nie der Fall ist, durch das Befallenwerden des Zungengrundes.

Die Fiebererscheinungen, die Bröckligkeit und leichte Entfernbarkeit der Massen unterscheidet die Angina follicularis scharf von der Mycosis tonsillaris.

Am ehesten lassen sich noch die mykotischen Massen mit Konkre-

[11] A. Nijkamps. *Weekblad van Het Neederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, No. 16. 1886.

[12] Stoerk und McKenzie. Lehrbuch.

m e n t e n, die sich bei chronischen Affektionen der Tonsillen in diesen zuweilen ablagern, verwechseln. Diese Konkremente „bilden ent-„weder harte, kalkartige, in frischen Fällen mehr mörtelähnliche, weisse „ oder graue Massen, die entweder von Zeit zu Zeit ausgehustet werden „ oder bei längerem Verweilen zu entzündlicher Reaktion, manchmal zu „ Abscessbildungen führen. Sie lassen sich durch Druck mit der Sonde „ leicht entfernen. Sie bestehen aus Epithelschollen, Cholestearinkry-„ stallen, Bakterien und, nach B. Fraenkel, mitunter auch aus Lepto-„ thrixfäden."

Da Eugen Fraenkel in den Pilzelementen keine Jodreaktion hervorbringen konnte, so bestreitet Hering, dass diese Konkrementbildungen zu der *Mycosis tonsillaris* gerechnet werden dürfen. Damit steht aber Hering's eigene Angabe im Widerspruch, welche auf die von Klebs gefundene Thatsache hinweist, dass Leptothrix fähig ist, Kalkniederschläge zu bilden.

Für die A e t i o l o g i e der Affektion möchte ich noch hervorheben, dass die *Mycosis leptothricia* gern auf eine *Tonsillitis follicularis* oder *Diphtheritis* folgt. Es bleiben dann nach dem Aufhören der Fiebererscheinungen jene weissen Flecken zurück, die die Vermuthung rege machen können, als ob die *Diphtheritis* oder *Angina foll.* nicht völlig ausgeheilt seien.

Was die G e s c h i c h t e unserer Affektion betrifft, so war dieselbe schon vor Fraenkel häufig gesehen, aber nicht richtig gedeutet worden. So beschreibt sie Morell McKenzie[13] in seinem Lehrbuch als *„Follicular exudative pharyngitis,"* und Störk[14] als *„Seborrhöe* der Balgdrüsen in der Kehlkopf- und Rachenschleimhaut," worauf Kollege Gruening aufmerksam gemacht hat. Zu welch merkwürdigen Auslegungen die *Phar. lept.* führen kann, beweist der von Hering ausführlich geschilderte Fall, den Kollegen Dr. Dembicki betreffend. D.'s Krankheit begann 1874, also zu einer Zeit, wo die richtige Deutung noch wenig bekannt war, mit einer fieberhaften *Angina,* die mehrere Monate lang immer wieder exazerbirte. Januar 1875 bemerkte Dr. D. zahlreiche Auflagerungen auf den Tonsillen und am Zungengrunde. Sein Allgemeinzustand verschlimmerte sich mit Abnahme seiner Kräfte, Appetitlosigkeit, Schlingbeschwerden, Trockenheitsgefühl und Reiz im Halse. Alle angewandten Mittel waren erfolglos, wodurch Pat. sehr deprimirt wurde und für tuberkulös galt, obwohl an den Lungen nichts nachgewiesen werden konnte. Auch die Bewegungen der Zunge und das Sprechen waren erschwert. Im Mai 1875 wurde Dr. D. von Prof. Biesiadecki in Krakau untersucht, der auf Grund der in den Partikeln gefundenen Jodreaktion die Diagnose auf amyloide Degeneration der Schleimdrüsen stellte. Störk stellte ihn im April 1875 in der Wiener Medizinischen Gesellschaft als kuriosen Fall vor. Er erklärte die Ablagerungen in den Tonsillen für Kalkkonkremente. Nach der Abtragung mit der Zange kamen die Massen schon am nächsten Tage wieder zum Vorschein. Rokitansky rechnete den Prozess dem *Atherom,* wahrscheinlich der Haut, zu. Erst Klebs[15] fand, dass die Massen aus *Leptothrix buccalis* bestanden. Dr. D. wandte darauf ein bekanntes Volksmittel gegen pflanzliche Parasiten an, nämlich Nicotin — *Folia*

---

[13]) Diseases of the Throat and Nose; Am. edit., Vol. I., p. 48.

[14]) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes etc. Stuttgart, Enke, 1880, p. 358.

[15]) *Arch. f. experim. Pathol. and Pharmakol.,* Bd. 5, p. 358.

Nicotiana — (in Form von Cigarren häufig und „mit Genuss") und wurde nach zwei Monaten für immer kurirt.

Die Literatur bis Anfang 1884 ist bei Hering vollständig erwähnt. Darunter befindet sich auch ein Fall von Eugen Fraenkel (Hamburg),[16] dem nach den mit Professor Sadebeck vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen nicht *Leptothrix*, sondern ein neuer Pilz, *Bacillus fasciculatus*, wegen seines Auftretens in Büscheln so genannt, zu Grunde liegt. Die dazwischen liegenden Körnchen erklärt Sadebeck für Sporen. Hering stellt den *Bacillus fasciculatus* überhaupt in Frage, da bei dem heutigen Stand der Frage über die *Leptothrix* eine strikte Definition der bei der *Mycosis pharyngis* aufgefundener Elemente nicht zu geben ist, und Fraenkel keine Kulturversuche und keine Jodreaktion angestellt hat. Helmkampff[17] geht aber entschieden zu weit, E. Fraenkel's Fall wegen des *Bacillus fasciculatus* als eine ganz besondere neue Affektion zu beschreiben.

Von neueren Arbeiten sind die von Unterholzner,[18] Jacobsohn,[19] Semon,[20] Guinier,[21] Boland,[22] Lloveras[23] und Nijkamps[11] zu erwähnen. Der Aufsatz Jacobsohn's ist wegen der angestellten Kartoffelkulturen und der gründlichen Beobachtungen besonders hervorzuheben.

In der amerikanischen Literatur habe ich nur zwei Arbeiten über unsern Gegenstand gefunden, wenn ich von B. Tilley's[24] Demonstration eines Präparates von Myceliumlagern in den Tonsillen absehe. Es sind dies die Abhandlung Dr. Gruening's[25] in den *Archives of Laryngology*, 1882, und ein Artikel von J. Solis Cohen,[26] Dr. Gruening hat unstreitbar das Verdienst, hier zu Lande zuerst gezeigt zu haben, dass weisse Ablagerungen auf den Tonsillen aus *Leptothrix* bestehen. Er hat alle Halspatienten daraufhin untersucht und in drei Monaten über 50 Fälle gefunden. Unter diesen befanden sich 7 Fälle, welche sich über den Rachen weiter ausbreiteten. In Erwägung der Thatsache, dass *Leptothrix* sich fast in jeder Mundhöhle findet, sind diese Befunde nicht gerade überraschend. Solche Befunde habe ich auch zu Dutzenden gefunden und als völlig bedeutungslos angesehen. Sie haben nichts mit der oben geschilderten Affektion zu thun und sind von dieser scharf zu trennen.

---

16) *Zeitschr. f. Klin. Med.*, Bd. IV., p. 288.

17) Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Mundes und des Rachens, sowie der Krankheiten der Zähne. Stuttg., Enke 1886, p. 139.

18) Unterholzner. Ueber Diptheritis, hauptsächlich Statistisches, nach Beobachtungen am Leopoldstädter Kinderspital in Wien von den Jahren 1873-1883. *Jahresbericht für Kinderheilkunde*, Bd. XXII., Heft 4 und Bd. XXIII., Heft 3, 1885.

19) A. Jacobsohn (St. Petersburg). Algosis faucium leptothricia. *Wratsch*, No. 27-29, 1885. S. *Intern. Centralbl. für Laryng.* von Semon. Jahrg. II., Octob. 1885, No. 4, p. 161.

20) F. Semon. *St. Thomas Hosp. Rep.*, Vol. XIII., 1884, p. 125-180.

21) Guinier. Du mycosis benin de l'arrière gorge. *Revue mensuelle de laryngol.*, Avril 1886.

22) Boland (Verviers). Mycosis tonsillaris; Extrait des *Annales de la société medico. chir. de Liège* u. *Intern. Ctrbl. f. Laryng.*, Mai 1886, p. 498.

23) Lloveras. *Revista med. quirurg.*, No. 15, 8. Novemb. 1884.

24) B. Tilley. Mycelia from a tonsil. *Chicago Med. Journ. and Examiner;* July, 1885.

25) Grüning, *Archives of Laryngology;* herausg. v. Elsberg. Vol. III., No. 2, April 1882.

26) J. Solis Cohen; *The Polyclinic;* March 15, 1884; p. 133.

J. Solis Cohen's Fall beruhte nicht auf Leptothrix, doch führt er bereits die Literatur bis Hering an ; auch bei F. Semon wurde keine Leptothrix nachgewiesen.

Von den Lehrbüchern enthalten Schech[27] und J. Solis Cohen[28] klare und konzise Darstellungen der Affektion.

Was den Namen der Krankheit betrifft, so hat Th. Hering den Zusatz „*benigna*", wie ihn B. Fraenkel eingeführt hatte, weggelassen, und zwar weil der Fall des Dr. D. mit so schweren Allgemeinerscheinungen verlaufen sei. Da jedoch in den allermeisten Fällen die Krankheit ganz harmloser Natur ist und, wie Hering selbst konstatirt, die schweren Erscheinungen bei dem Kollegen den eingreifenden therapeutischen Versuchen zuzuschreiben waren, so sehe ich nicht ein, weshalb man diese, den Gegensatz zu den wirklich schweren Pharynx-Erkrankungen charakterisirende Bezeichnung nicht beibehalten soll. Auch Jacobsohn behauptet, dass Allgemeinerscheinungen immer von Komplikationen bedingt sind. Dass Dr. D. wesentlich mehr deprimirt wurde, kann uns ja bei seiner Eigenschaft als „Medicus" nicht weiter Wunder nehmen.

Um zu beweisen, dass die Massen aus Leptothrix bestehen, werden dieselben mit der Pinzette entfernt, mit 5 Prozent Aetzkali-Lösung aufgehellt und in Glycerin untersucht. Man findet Plattenepithelien, durchsetzt von lichtbrechenden Körnern, die von einer gelblichen Masse umgeben sind. In letzterer sieht man runde Stäbchen, lichtbrechend, zuweilen büschelförmige, längere Fäden oder Knäuel- und Garbenbildungen. Sie sind ungegliedert, nicht verästelt, oft in netzartiger Anordnung. Setzt man nun verdünnte Lugol'sche Lösung zu, so färben sich die Stäbchen und Fäden intensiv blau, und die Körnermassen leicht bläulich. Leber[29] verlangt auch Zusatz von Säuren (verdünnte Salzsäure, Essigsäure, Milchsäure — keine Schwefelsäure wegen der Aehnlichkeit mit der Cellulosen-Reaktion), worauf violette Färbung eintritt. Auch mit Gentianviolett und Methylenblau erhält man schöne Präparate. Nach der Färbung fällt es sofort auf, dass die Stäbchen und Fäden sich nicht völlig blau färben, und zwar so, dass gleichmässige Zwischenräume zwischen den gefärbten und ungefärbten Theilen entstehen und die Fäden ein gegliedertes Aussehen erhalten. Die scheinbar gefärbten Glieder bestehen aus Amylum; sie sind keine Sporen, wie man früher fälschlich angenommen hat. Die ungefärbten Partien sind nicht als Querscheidewände anzusehen.

Hering hat den kausalen Zusammenhang zwischen den oberflächlich gelegenen, Leptothrix-Fäden enthaltenden Auflagerungen und den tief in den Krypten sitzenden Partikeln durch die Untersuchung der völlig exstirpirten Tonsillen nachgewiesen. Er fand so zwei Formen von mykotischer Erkrankung. In der einen hatten die oberflächlich fest aufsitzenden Exkreszenzen eine napfartige, halbkugelige Form, aus Epithelien und einer feinkörnigen Masse bestehend. In der zweiten Form fand er keilartige, dreieckige Zapfen, tief im Parenchym eingelagert, ebenfalls aus Epithelschollen und jener feinkörnigen Masse bestehend. Die Umgebung zeigte keine Entzündungserscheinungen auch konnten hier keine Leptothrix-Fäden mehr nachgewiesen

---

[27]) Schech; Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase; Wien, 1885. Toeplitz & Denticke, p. 153.

[28]) J. Solis Cohen, in *Pepper's System of Medicine.* Vol. II., p. 386.

[29]) *Berl. Klin. Wochenschr.* 1867, No. 16.

werden. In den Krypten der Tonsillen fanden sich jedoch die Einlagerungen des Pilzes auf's Deutlichste.

Hering hat auch Impfungen mit dem Pilz in die Conjunctiva und Rückenhaut von Kaninchen vorgenommen, aber ohne Erfolg. Es ist jedoch Lebert gelungen, durch Ueberimpfung von Leptothrix auf die Cornea schwere Eiterung zu erzeugen.

Nun noch Einiges über die Natur, Entwicklung und das Vorkommen des Leptothrix, ehe wir uns zur Therapie wenden.

Der Leptothrix wurde zuerst von Leuwenhoek im Jahre 1695 entdeckt und später mit andern Mundpilzen von Bühlmann, Henle, Robin und Hallier genauer erforscht. Leptothrix und die übrigen Parasiten des Mundes wurden als unschädliche Gäste, vielleicht selbst als nützliche Beschützer gegen die Invasion störender Gährungserreger angesehen ; dies ist für die Milchsäurebildung und den Leptothrix widerlegt.

Leptothrix wurde früher von Manchen zu den Algen, von Anderen zu den Spaltpilzen gerechnet, weil er mit beiden morphologische Merkmale gemeint hat.

Man hat früher Pilze und Algen dadurch unterschieden, dass man alle chlorophyllhaltigen Thallophyten für Algen, alle nicht chlorophyllhaltigen für Pilze angesehen hat.

Solche äusserlich zwar auffällige Merkmale sind aber für eine wissenschaftliche Eintheilung vollständig gleichgültig. Wie ein Vogel z. B. keinen Flugapparat zu haben braucht, um also solcher erkannt zu werden, so wird man andrerseits auch die Fledermaus nicht zu den Vögeln rechnen (de Bary). Nur die Vergleichung der morphologischen Verhältnisse, wie sie sich im ganzen Entwicklungsgange darstellen, sind für die Eintheilung maassgebend.

Jetzt wird also Leptothrix nach der de Bary'schen Eintheilung zu den Schizophyten gerechnet, die von den Pilzen und Algen im engeren Sinne getrennt werden.

Ueber die Entwicklung des Leptothrix stehen sich die Meinungen der Forscher sehr schroff gegenüber. Während es der Eine dahingestellt sein lässt, ob die Entwicklung aus den Fäden oder aus der Keimmasse stattfindet, giebt ein Anderer eine genaue Entwicklungsgeschichte an. Er sagt : „Leptothrix buccalis bildet in seinen Fäden Langstäbchen, Kurzstäbchen und endlich Kokken ; oft sind diese Massen gleichzeitig am selbigen Faden nachweisbar. Durch fortgesetzte Zweitheilung sich vermehrend und durch ihre gallertige Membran verbunden bleibend, formiren die Kokken Zoogloëen, welche unregelmässige Haufen darstellen. Wachsen solche Haufen wieder zu Fäden aus, so bilden letztere ein strahlendes Bündel (Zopf). Ein dritter geht endlich sogar soweit, dem Leptothrix seine Bedeutung als Gattung völlig abzusprechen, Leptothrix sei nur ein Fadenzustand verschiedener Bacillen, — eine Ansicht, die jetzt sehr viele Anhänger hat.

Vorkommen: Leber und Rottnestein[30] haben zuerst nachgewiesen, dass L. Caries der Zähne verursacht. Der Pilz dringt aber nach Miller nicht in den intakten Zahn ein, sondern greift den Zahn erst an, nachdem die Kalksalze in den obersten Schichten durch Säurebildung gelöst sind. Miller fand den Leptothrix auch im Weinstein der Zähne ägyptischer Mumien. Leyden und Jaffé[31] haben ihn bei Lungengangrän

[30] Unters. über Caries der Zähne ; Berlin 1867.

[31] *Med. Centralz.* 1886 u. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* II.

gefunden und Foerster [32] u. A. fanden ihn in den Konkrementen der Thränenröhrchen ; hier gelangt der Pilz, wie Gruening meint, durch die bei vielen uncivilisirten Müttern noch herrschende Unsitte des Ausleckens der Augen ihrer Kinder hinein. Klebs fand, wie schon erwähnt, dass dem Leptothrix neben der Fähigkeit, Kalksalze aufzulösen, auch die der Bildung von Kalkinkrustationen zukommt. Diese Kalkniederschläge stammen aus dem Speichel. Analog dieser Steinbildung entstehen auch die Blasensteine durch die Eier eines Eingeweidewurmes, wie es von Bilharz in Aegypten festgeztellt worden ist. Hier wird der Parasit durch das Essen ungewaschenen Salats eingeführt.

Kulturen: Rasmussen [33] hat durch Aussaat von menschlichem Speichel (gesunder Menschen) auf Kartoffel und Nährgelatine drei verschiedene leptothrix artige Formen gewonnen, die er in sterilisirter Nahrflüssigkeit gezüchtet hat, wodurch er den genetischen Zusammenhang zwischen Stäbchen und Kokken nachzuweisen glaubte. Auch Jacobsohn [19] hat Kulturversuche mit Leptothrixpilzen, die den mit unserer Affektion behafteten Patienten entnommen waren, mit Erfolg auf Kartoffeln angestellt.

Therapie: Zur Heilung der Affektion ist Vieles empfohlen worden. Ohne Erfolg wurden 5 proc. Carbolsäure, 5 proc. weinessigsaure Thonerde, Ferrum sesquichloratum und andere Chemikalien angewandt. Erfolgreich wirkten Folia Nikotiana und, nach Jacobsohn [19], Sublimat (1 : 2000) als Mundspülwasser. In meinen beiden Fällen halfen die scharfe Löffelzange und der Galvanokauter.

Ein ungewöhnlicher Fall von Nabelbruch.

Obstruktion. — Operation unausführbar. — Tod am fünften Tage.

Von Dr. Geo. W. Rachel.

M. H., 42 Jahre alt, wurde am 26. Oktober 1886 im Logen u. Vereinshospitale aufgenommen ; sie wurde am 23. October von heftigem Leibweh und Erbrechen befallen und Dr. F. W. Lilienthal, der sie am Abend desselben Tages sah, vermuthete einen Volvulus in einem ungeheueren Nabelbruche. Derselbe war vor etwa zehn Jahren in der Grösse einer Haselnuss aufgetreten und allmälig gewachsen. Pat. war immer ziemlich fett gewesen und nahm trotz mässiger Lebensweise während des genannten Zeitraumes immer mehr zu, so dass sie zur Zeit ihres Todes etwa 300 Pfund wog. Sie gebar, nachdem der Nabelbruch bereits die Grösse eines Kindskopfes erreicht hatte, noch zwei Kinder, so dass der Bruch zur angegebenen Zeit einen Tumor von etwa 10 Zoll Durchmesser und über 6 Zoll Dicke bildete. Eine Anzahl aufgetriebener Darmschlingen war in demselben deutlich zu fühlen. Die Obstruktionserscheinungen bestanden fort, so dass ich — als ich P. in Vertretung für Dr. Lilienthal am Abend des 25. Oktobers besuchte — die Ueberführung nach dem genannten Hospitale befürwortete. Ich hatte vorher fast eine Stunde lang, unter Chloroformnarkose, durch Taxis versucht, den Bruch zu reduziren, was mir nicht gelang.

Am Tage ihrer Aufnahme, Morgens um 9 Uhr, wurde P. in Aether-

[32] *Arch. f. Ophthalm.* XV. I.

[33] Om Drykning af Mikroorganismer fra Spyt af sunde Mennesker. Kopenhagen 1883.

narkose gebracht auf Anordnung von Dr. Guden, welcher gegenwärtig den chirurgischen Dienst versieht. Dr. C. Beck und Dr. E. Neumer assistirten bei den Repositionsversuchen, welche auch in so weit gelangen, als nach etwa zweistündiger Taxis die Geschwulst auf etwa ein Drittel ihrer ursprünglichen Grösse reduzirt war. Nun wurde eine feste Bandage angelegt und Eisbeutel auf das Abdomen applizirt. P. hatte zwar einige dünne Stühle und schien sich leichter zu fühlen, doch stellte sich das Erbrechen bald wieder ein. Die erbrochenen Massen zeigten niemals einen kothigen Charakter, aber der Geruch nach Schwefel- resp. Phosphorwasserstoffgas, der ihnen von Anfang an eigen gewesen, persistirte. Die Vermuthung liegt nahe, dass derselbe von den in Milchpunsch etc. genossenen Eiern herrührte.

Am Abend war der Tumor nach und nach zu seiner früheren Grösse angeschwollen und die Schmerzen steigerten sich konstant.

Der Fall wurde am folgenden Tage auf die Abtheilung des Dr. Boldt transferirt, der um 2 Uhr Nachmittags den Versuch machte, ob durch operativen Eingriff Hülfe zu schaffen sei. Zur Assistenz waren gegenwärtig Dr. E. Neumer, Dr. A. F. Stiebeling und Dr. H. Browd.

Es wurde ein etwa fünf Zoll langer Einschnitt über den Tumor gemacht. Als die Peritonäalhöhle geöffnet wurde, floss eine geringe Menge gelblichen Serums heraus. Die Adhäsionen zwischen den Bauchdecken und den Eingeweiden waren zahlreich und sehr fest. Es zeigte sich, dass mehrere aus fast knorpelhartem Bindgewebe bestehende Scheidewände existirten, welche den Tumor in transversaler und longitudinaler Richtung durchsetzten und weit in die Tiefe hinein sich fortsetzten. Die vorliegenden Verhältnisse machten es unmittelbar klar, dass von einem operativen Vorgehen unbedingt abgesehen werden musste; die ungewöhnlich feste, strangartige Beschaffenheit der einzelnen Scheidewände, mit denen die Eingeweide entweder direkt oder durch die in fibröse Stränge degenerirten Mesenterien verbunden waren, bestimmten Dr. Boldt (im Einverständniss mit Dr. E. Neumer), von einer Operation abzustehen und die Wunde zu schliessen.

Bald darauf wurde P. cyanotisch und verfiel in einen tiefen Kollaps, welcher um 4 Uhr mit dem Tode endigte. Das Bewusstsein war zwar etwas benommen, doch erkannte P. ihren Mann, welcher gekommen war, um Abschied von ihr zu nehmen.

Die Oeffnung der Leiche fand vier Stunden nach dem Tode statt und wurde in Abwesenheit des pathologischen Anatomen, Dr. E. Tiegel, von Dr. Boldt und Dr. Neumer vorgenommen. Der Güte des letzteren Herrn Kollegen verdanke ich das höchst interessante Sektionsprotokoll.

Sektion: Sehr grosse und fette weibliche Leiche; *Rigor mortis* sehr gering. Ein durch eine kontinuirliche Nath verschlossener Schnitt von etwa fünf Zoll Länge befindet sich auf einer Geschwulst am Unterleib, welche etwa vier Zoll über dem Nabel beginnt und einen Durchmesser von zehn Zoll und eine Dicke von sieben Zoll hat. Die Geschwulst ist nicht verschieblich; in verschiedenen Theilen derselben sind aufgetriebene Darmschlingen deutlich zu fühlen. Beim Einschneiden zeigt sich der *Panniculus adiposus* sehr dick, und aus der Peritonäalhöhle ergiesst sich etwas gelbliches Serum. Das Peritonäum ist stark hyperämisch und zugleich zeigen sich einige dem *Colon transversum* angehörige Darmschlingen, welche dunkelviolett verfärbt sind. Dieselben nehmen die Mitte und den rechten unteren Abschnitt des Tumors ein.

Der Längsschnitt, soweit er über den Brustsack führt, dringt in eine

longitudinale Scheidewand ein, welche denselben in zwei Hälften theilt. Beide so gebildeten Höhlen enthalten Darmschlingen, welche in verschiedenen Stadien der Kongestion befindlich und — namentlich rechts — mit plastischem Exsudate belegt sind. Die Höhlung auf der rechten Seite ist oval in vertikaler Richtung, ihre Länge beträgt sechs Zoll, ihre Breite fünf Zoll. Ein Strang von demselben vorerwähnten knorpelharten Bindegewebe — welches stets unter dem Messer knirscht — befindet sich in dem oberen inneren Winkel dieser Höhle. Durch diesen Strang ist das obere Darmstück gegen die mittlere Scheidewand verschoben und fest angedrückt, so dass dort die Konstriktionsstelle gebildet wird, welche die Entzündung mit nachfolgendem Exsudate verursacht hat, und somit als direkte Todesursache angesprochen werden muss.

Nach dem Durchschneiden dieser und anderer fibröser Stränge, durch welche die Därme mit einander und mit den Wandungen der Höhle verbunden sind, gelangt man auf den Boden der letzteren, welcher von der Fascie des rechten *Rectus abdominis* gebildet wird. Der innere Rand dieses Muskels, dessen Fasern viel schwächer und blasser als normal erscheinen, liegt etwa zwei Zoll von der Mittellinie nach Aussen entfernt. Unterhalb des Rectus ist kein Eingeweide zu finden; derselbe liegt auf der unteren Fläche der Abdominalhöhle auf.

In der ofterwähnten mittleren Scheidewand selbst ist nun eine Oeffnung — gross genug um den Zeigefinger durchzulassen — welche in eine ähnliche sackartige Höhlung auf der linken Seite führt, deren obere Scheidewand eine direkte Fortsetzung derjenigen des eben beschriebenen Sackes auf der rechten Seite bildet. In gleicher Weise ist die untere Wand dieses Sackes eine Fortsetzung der unteren Scheidewand des rechtsseitig gelegenen Sackes. Dock befindet sich auf der linken Seite, unterhalb dieses Sackes noch eine zweite Absackung, deren Durchmesser etwas kleiner sind als diejenige der anderen beiden, etwa zwei und drei Zoll. In dieser dritten Höhle befindet sich — ähnlich wie in der auf der rechten Seite gelegenen — ein starker Bindegewebestrang, durch welchen eine Schlinge des *Colon descendens* durchgeht. Der Unterschied im Aussehen zwischen dem unterhalb des Stranges gelegenen, bläulich-verfärbten Darmstücke und dem oberhalb gelegenen, abnorm blass aussehenden, ist ein sehr auffallender.

Beim Durchpräpariren durch den Boden dieser unteren Höhlung nach Hinten und Aussen kommt die Fascie des linken *Rectus abdominis* zum Vorscheine, dessen innerer Rand ebenfalls ungefähr so weit von der Mittellinie entfernt ist, wie auf der rechten Seite. Es ist also zwischen beiden *Recti* ein Raum, in welchen man bequem die offene Hand einführen kann. Unterhalb des Rectus auf der linken Seite ist ebenfalls kein Eingeweide vorfindlich.

Das *Colon transversum* liegt zumeist über dem oberen Theile des Sackes auf der rechten Seite, während das *Colon ascendens* dem unteren aufliegt; beide sind mit den Wandungen durch vielfache Adhäsionen und bandartige Gewebestreifen fest verquickt. Ebenso das *Ileum*, welches grösstentheils die obere Abtheilung des Sackes auf der linken Seite ausfüllt und das *Colon descendens*, das zumeist in der unteren Höhle gelagert ist.

Magen und Duodenum fanden sich normal gelagert.

Die Spalte in der Medianlinie zwischen den beiden *Recti abdominis* reichte von einer Stelle, etwa drei Zoll oberhalb der Symphyse bis etwa zwei Zoll unterhalb des Schwertfortsatzes; sie hatte eine Länge von über zehn Zoll und eine grösste Breite von viereinhalb Zoll.

Gefahrdrohende Blutung nach Uvulotomie.

Mitgetheilt von Dr. A. Caillé, Arzt am *Deutschen Dispensary* (Kinderabtheilung).

Die Lektüre eines neulich erschienenen Berichtes über eine Anzahl Fälle gefahrdrohender Blutung nach Amputation der Uvula * veranlasst mich, einen derartigen Fall kurz mitzutheilen :

Ein 54 Jahre alter, an Nierencirrhose leidender Herr, bei dem ein gefahrdrohender Hydrops schon einige Male mit Erfolg bekämpft worden war, befand sich im December 1884 subjektiv recht wohl, so dass es ihm möglich war, das Zimmer zu verlassen und kurze Spaziergänge zu unternehmen.

Bei Gelegenheit einer Visite beklagte sich der Patient über Brechreiz bei jeder Schluckbewegung und konstatirte ich durch die Inspektion des Pharynx, dass die Uvula geröthet, oedematös und stark vergrössert war. Da ich die Abtragung der Uvula für indizirt hielt, so erfasste ich sie mit der Kornzange, trennte ein gutes Stück derselben mit einem Scheerenschnitt ab und verliess den Patienten erst, nachdem die sehr geringe Blutung zum Stillstand gekommen war.

Sechs Stunden später liess man mir sagen, der Patient blute bereits stundenlang sehr heftig und fühle sich äusserst elend und schwach.

Bei meiner Ankunft im Hause des Kranken fand ich diese Angabe vollkommen bestätigt und bemühte mich nach vorheriger Entfernung des Blutgerinnsels von dem leider sehr kurzen Stumpf des Zäpfchens, die profuse Blutung durch gründliches Betupfen mit verschiedenen Aetzmitteln zu stillen. Nachdem ich ohne Erfolg *Argentum nitricum* — *Liquor ferri persulfatis* — und *Acidum nitricum* angewendet hatte, gelang es mir mittelst des Glüheisens einen soliden Brandschorf anzulegen, worauf die Blutung um 7 Uhr Abends stand.

Um 9 Uhr wurde mir mitgetheilt, dass der Patient seit 8 Uhr heftig blute und nicht mehr im Stande sei, aufrecht zu sitzen.

Ich eilte zu ihm, überzeugte mich, dass die hämostatische Wirkung des Glüheisens nicht ausgereicht hatte, und führte nun, ohne von Seiten des halb bewusstlosen Mannes viel Widerstand zu erfahren, mittelst einer gekrümmten Nadel einen doppelten Faden durch den Stumpf der Uvula und unterband denselben nach beiden Seiten. Da nach Ablauf einer halben Stunde eine Blutung nicht wahrzunehmen war, so ging ich befriedigt nach Hause.

Kurz nach Mitternacht überbrachte mir ein Bote abermals die Nachricht einer anhaltenden Blutung.

Ich fand meinen Patienten in halb sitzender, halb liegender Stellung in einem Sessel, seinen Körper blass und kalt, sein Bewusstsein nicht mehr klar. Bei der Beleuchtung des Rachens mittelst des Stirnspiegels konnte ich sehen, wie dicke Bluttropfen aus den Stichöffnungen der Ligatur hervorquollen.

Ich versuchte nun, was ich vorher nicht für möglich gehalten hatte, den sehr kurzen Stumpf mit einer Pincette zu fassen und mittelst einer Fadenschlinge eine Ligatur "*en masse*" anzulegen, indem ich die Schlinge der Pincette entlang vorschob.

Nach einigen Versuchen gelang dies und somit auch die Blutstillung. Der Kranke wurde in's Bett gebracht, stimulirt und warm gehalten und fühlte sich nach 3 Tagen wieder recht wohl. Das Allgemeinbefinden

---

* Haemorrhage following uvulotomy. E. C. Morgan, AB., M. D. *N. Y. Med. Journal;* Vol. XLIV, No. 17.

war trotz des sehr schweren Blutverlustes noch Monate lang befriedigend.

Fälle wie der mitgetheilte sind verhältnissmässig selten, mahnen aber zur Vorsicht, selbst wenn es sich um einen so indifferenten Eingriff wie die Staphylotomie handelt, falls wir es mit Patienten zu thun haben, die durch langes, schweres Leiden hydrämisch und hydropisch geworden sind.

Geschichte eines Falles von Papilloma pigmentosum.

Von Dr. Julius Hoffmann.

Vortrag, gehalten vor der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* in der Sitzung vom 6. December 1886.

Zur Bezeichnung desjenigen Gebildes, das man heutzutage strikt *Papillom* nennt, existiren viele nichtssagende Namen, z. B. *Naevus, Verruca carnosa, Verruca mollis, Polypus, Molluscum, Blumenkohlgewächs* etc. — alle diese Namen auf Kosten diagnostischer Praezision; und umgekehrt belegt man mit dem Wort *Papillom* anatomisch ganz verschiedene Dinge, die allenfalls eine äusserliche Aehnlichkeit mit dem in Frage stehenden Gebilde haben mögen ; dahin gehört das Carcinoma villosum, die Perlgeschwülste etc. Kommen wir also auf die Natur des Papilloms zu sprechen.

Manche Autoren, die ebenso tüchtige Kliniker, wie Histologen sind, rechnen sie den krankhaften Geschwülsten zu, andere — ebenso tüchtige — nicht. Der Grund scheint mir darin zu liegen, dass eine Alles deckende Definition des Wortes *krankhafte Geschwulst* überhaupt bis dato nicht existirt, so dass Hydrocelen, Cysten, Miliartuberkel, Syphilome etc. je nach dem Standpunkte des Autors verschieden rubrizirt werden. In meiner persönlichen Anschauung schliesse ich mich Denen an, die das Papillom den Geschwülsten im eigentlichen Sinne des Wortes zutheilen im Gegensatz zu den Hypertrophien der Organe (Aneurysmen etc.) und zwar, weil seiner Entstehung ein abnormer Bildungstrieb zu Grunde liegt, und weil weder seine Aetiologie ganz klar, noch sein Verlauf ein physiologisch bestimmt begrenzter, sondern im Gegentheil häufig unberechenbarer ist, indem er durch Uebergang in eine bösartige Geschwulst nicht nur lokale Zerstörungen verursachen, sondern das Leben bedrohen und durch allgemeine Infektion auch vernichten kann. Wenn Sie dieser Auffassung beipflichten, so werden Sie vielleicht noch von mir hören wollen, ob ich das Papillom den gutartigen oder den bösartigen Geschwülsten zutheile, welcher Frage ich dadurch am besten Genüge zu leisten glaube, dass ich Ihnen sage, dass überhaupt nur wenige Geschwulstarten absolut gutartig oder absolut bösartig sind. Merkwürdig eigenthümlich klingt der Ausspruch Luecke's : Das Papillom ist völlig gutartig, so lange es seinen Charakter nicht ändert.

Sie werden in vielen Lehrbüchern die Papillome unter dem Kapitel der Bindegewebsgeschwülste oder Fibrome abgehandelt finden, doch nicht ganz mit Recht, indem ausser dem Bindegewebe auch vielfach e c h t e s Epithel Antheil an ihrem Zustandekommen hat (im Gegentheil zu dem sog. f a l s c h e n Epithel der serösen Häute); doch hat bald der bindegewebige Theil das Uebergewicht, bald der epitheliale, und wenn ich eine Definition zu geben hätte, so würde es diese sein :

Die Papillome sind Neubildungen, die meist eine kombinirte Geschwulstform repräsentiren, indem theils Elemente im Typus des

epithelialen Gewebes und theils solche im Typus des Bindegewebes eine Rolle darin spielen.

Nach dem Vorausgehenden versteht es sich von selbst, dass ich die Bezeichnung Papillom nur in ihrer Beziehung zu ihrem Mutterboden gebrauchen werde.

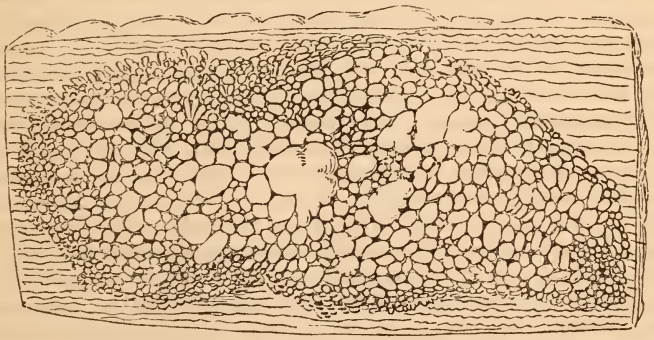
Die Lebensgeschichte des Papilloms, von dem ich heute zu sprechen habe, ist folgende:

Bei der Geburt seiner brünetten Wirthin war dasselbe nach Aussage der Mutter ein kleines, ungefähr 1 ctm. langes, blattförmiges, die normale Pigmentirung nur wenig überschreitendes, plexiformes Angiom der oberflächlichsten Cutisgefässe, ein sog. Gefässmal oder Muttermal, das jedoch nicht, wie so häufig, nach der Geburt in seinem Wachsthum stillstand oder sich zurückbildete, sich auch nicht zu einem eigentlichen Angiom entwickelte, sondern eine ganz andere, aussergewöhnliche Carrière einschlug, indem es durch langsame aber stetige Zunahme der Pigmentirung und Hypertrophie des Papillarkörpers sich zu einem pigmentirten Papillom entwickelte, welches als solches zwischen dem 8. und 10. Lebensjahr durch ein hartnäckig wiederkehrendes Feuchtsein und Abscediren die Aufmerksamkeit der Mutter der Patientin erregte.

Nach vollendeter Pubertät derselben konnte ich folgenden Status praesens verzeichnen.

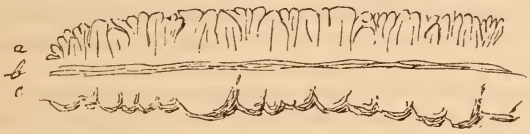
Fräulein H. B., 19 *Jahre alt*, durchaus gesund und kräftig entwickelt, zeichnet sich, sowie ihre Eltern und Geschwister, speziell aber Mutter und Schwestern, durch besonders üppigen, im Uebrigen normalen Haarwuchs aus. Entsprechend der Grenze zwischen dem unteren äusseren Rande des *Latissimus dorsi* und dem oberen inneren Rande des *Glutaeus maximus* sizt eine 9 cm. lange, 3,5 cm. breite, ovaläre, schwach behaarte, dunkel (braunblau) pigmentirte Geschwulst, ca. 1 cm. über die normale Haut ihrer Umgebung ragend, nach ihren Rändern zu ziemlich rasch abfallend und mit einigen hundert dichtgedrängten hyperplastischen Papillen von Sandkorn- bis Erbsengrösse bestanden. Nahe dem äusseren Rande im unteren Drittel der Geschwulst eine abscedirende Stelle, wie auch früher interpapilläre Abscedirung vielfach stattgefunden hatte. Manche Papillen sind aus mehreren kleinen zusammengesetzt oder bilden Sprossen, wie Sie sich an dem vorliegenden, stark geschrumpften Präparate leicht überzeugen können, und alle haben eigene Hautbedeckung, die von ungefähr normaler Stärke ist. In Anbetracht der oft sich wiederholenden accidentellen Ulzeration und interpapillären Abscedirung und einer durch diesen Reiz möglicher Weise bedingten Degeneration zu melanotischem Sarkom z. B. schlug ich die Exstirpation der Geschwulst mit dem Messer vor und führte sie auch wenige Tage darnach aus. Den Defekt deckte ich durch zwei reichlich grosse Lappen (jeder vor der Vereinigung, 6 cm. breit), die ich durch etwas über 40 Nähte mit ihrer Umgebung in exakten Kontakt brachte. Trotz aller Sorgfalt jedoch und trotz Beobachtung allermodernster Reinlichkeit während und nach der Operation, begann einer der Lappen am 4. Tage zu gangränesziren, und eine Vereinigung *per primam* kam nicht zu Stande. Doch wurden die mächtigen Lappen, die sich bereits zurückgezogen hatten, bei kräftiger Granulation des Wundbodens bald in den Heilungsprozess hineingezogen, so dass nach Ablauf desselben die Narbe eine durchaus unbedeutende war. Ungefähr in der vierten Woche nach der Operation begann mir die rapide Bildung von dunklem, ziemlich dichtem und kräftigem Haarwuchs auf den retrahirten, aber sonst absolut haarlos gewesenen Hautlappen auf-

zufallen, so dass die Mutter der Kranken, die fast täglich beim Irrigiren assistirte, nach Verlauf von abermals wenigen Tagen mit erstaunter Geberde ausrief: „Ei, um Gotteswillen, wo kommen denn mit einem Male die vielen Haare her? Hätte ich dies gewusst, so hätte ich die Operation nicht vornehmen lassen; dies ist ja fast noch hässlicher, als die Geschwulst!" Unter Betheuerung meiner absoluten Unschuld und unter dem Hinweis, dass die allerdings hässliche Abnormität durch die Art ihrer Lokalisirung ja dem Blicke neugieriger Menschenaugen nicht zugänglich sei, beruhigte sich die entsetzte Mutter; jedoch nicht eher, als bis ich nach Verlauf mehrerer Wochen die Beobachtung machte, dass das starke, mehrere Wirbel bildende Haar auszufallen begann, so dass, noch ehe die Vernarbung eine vollständige war, man nur noch



Ansicht des Papilloms von oben (nat. Grösse).

wenige dünne, nicht gerade auffällige Haare bei genauem Zusehen wahrnehmen konnte. Die Patientin ist nunmehr wieder normal, wie ich mich mehrere Monate nach vollständiger Vernarbung überzeugt, und es bleibt uns jetzt noch übrig, eine Erklärung zu dieser gewiss nicht häufigen Erscheinung von rapider Haarbildung und fast ebenso rapidem Ausfallen desselben zu suchen.



del. Dr. J. Hoffmann.

Verticalschnitt. a Papillen. b Corium. c Fettschichte.

Nach Exstirpation von Atheromen entwickeln sich oft andere in mehrfacher Anzahl; nach mehrmaliger (sogar 10-maliger) Epilirung des entstellenden Barthaares beim weiblichen Geschlecht entwickelt sich das zurückgebliebene Wollhaar zu gröberem Barthaar; nach Ausrottung von Lymphadenomen pflegen sich die zurückgebliebenen normalen oder fast normalen Lymphdrüsen sofort rapid zu vergrössern; nach Ausrottung von Geschwülsten, auch von Organen und bei niedrigen Thieren von ganzen Gliedern, haben wir es meist mit Rezidiven, resp. Nachbildungen derselben Art zu thun. Man kann sich demnach bei dem in Rede stehenden Fall des Eindrucks nicht erwehren, dass eine ganz besondere, ungewöhnliche Ursache von Einfluss gewesen sein muss.

Im Allgemeinen wachsen die Epidermoidalgebilde sehr langsam, am raschesten unter ihnen das Haar. Allgemein bekannt ist der Haarwechsel bei den Thieren. Nach Heusinger wird aber auch das Haar des Menschen von Zeit zu Zeit abgestossen und durch neues in demselben Haarbalg ersetzt. Nach Donders ebenfalls die Augenwimpern nach 100—150 Tagen, und das häufige Ausfallen und Wechseln der Haare von Pigmentmalen ist eine wohlbeobachtete Thatsache.

Beispiele von sehr rascher Haarentwickelung sind gemein, weil physiologisch, wie das Sprossen der Bart-, Scham- und Achselhaare bei der Mannbarwerdung. Weniger rasch ist schon die Wollhaarbildung beim Foetus, indem dieselbe vom 5. bis 6. Monat, den ganzen Körper bedeckend, sich vollzieht, um dann noch bis zum 9. Monate zuzunehmen. Wie aber im vorigen Beispiel die rasche Haarbildung mit der geschlechtlichen Entwickelung im innigsten Zusammenhange steht, so thut sie es in diesem Beispiel mit der Entwickelung der epidermoidalen Gebilde. Doch, wenn auch das Wachsthum des Wollhaares beim Foetus, verglichen mit der rapiden Haarentwickelung nach Ausrottung unseres Papilloms, eine langsame genannt werden muss, so tritt uns auf der anderen Seite eine zweite Aehnlichkeit entgegen — das mit dem 9. Lebensmonate beginnende Wiederverschwinden dieses Wollhaares, zusammenfallend mit der Entwickelung des Panniculus adiposus und wohl auch in physiologischem (organischem) Zusammenhange damit stehend. Dahin gehört auch ein Fall, den ich in meiner Praxis an einem männlichen Kinde beobachtet, dessen Haut, so lange dasselbe bei guter Ernährung war, sich vollständig normal in Bezug auf den Haarwuchs verhielt, aber nach Ueberhandnahme der Skrophulosis im 3. Lebensjahre in demselben raschen Maasse, in dem der Panniculus adiposus schwand, sich über und über mit entstellendem Haare bedeckte. Wem von Ihnen sollte nicht schon aufgefallen sein, dass bei vollentwickelten, aber durchaus nicht alten Männern, sobald sich ihr Fettpolster einem gewissen *Embonpoint* näherte, das üppige Bart- und Kopfhaar in kurzer Zeit einem spärlichen Bärtchen und einer freundlichen Glatze wichen, während hochbetagte, magere Greise sich oft des schönsten Haarschmucks erfreuen. Ebenso kann man bei vielen Thieren (Pferden, Hunden etc.) das Zusammengehen von feinem Haar mit derbem Fettpolster, und grobem Haar mit schlechtem Fettpolster beobachten.

Weiter finden wir, dass der Boden pigmentirter Haut- und Gefässmale, ebenso der von Hautwarzen und Papillomen üppigem Haarwuchse sehr günstig ist. Dieser Boden war allerdings nicht mehr vorhanden, als die rapide Haarbildung stattfand. Nehmen wir also an, dass der Nachbarboden trotz Nichtpigmentirung mit ähnlichen Eigenschaften behaftet und folglich wie jener zur Haarproduktion prädisponirt war. Diese Disposition braucht aber nicht nothwendigerweise eine lokale sondern sie kann eine allgemeine sein, eine erbliche, oder besser vererbte, vielleicht auch theilweise erworbene, eine Disposition, bei der möglicher Weise Stoffe entstehen, welche spezifisch irritirend auf die Haarbälge wirken oder auf die betr. Nerven. Es ist dies allerdings eine Theorie und lässt sich zur Zeit physiologisch nicht beweisen, doch ist der Vorgang auf diese Weise denkbar und mindestens mehr berechtigt, als die landläufige Zitirung solcher secundären Ursachen, wie: lokaler Reiz durch Salben, Pflaster, Aetzungen, Punktionen u. dgl. Misshandlungen mehr, womit viel gesagt, aber viel weniger erklärt ist. Das

Vorkommen eines erhabenen, zerklüfteten Angioms im Gesichte eines jüngeren Bruders der Patientin, der angeblich nach Anwendung von Aetzpaste unter Zurücklassung eines flachen narbigen Cutisangioms geheilt ist, spricht ebenfalls zu Gunsten der Familiendisposition. Ob ausser diesem noch bei anderen Familienmitgliedern ähnliches auftrat, konnte ich nicht in Erfahrung bringen; doch möchte ich es aus den ausweichenden Antworten der Mutter schliessen, wie ja oft die unbedeutendsten Gebrechen aus Eitelkeit, Aberglauben etc. ängstlich verschwiegen werden. Angenommen, es hätte ein solcher lokaler Reiz wie der vorhin erwähnte stattgefunden, z. B. die wochenlang täglich wiederholten Sublimatirigirungen und Sublimat- oder Jodoformverbände, so würde immer wieder die Frage entstehen, weshalb rezidivirte durch diesen Reiz denn nicht das Papillom oder wenigstens die Pigmentirung, wie ja nach der Ausrottung eines Fibroms im Falle eines Rezidivs wieder ein Fibrom oder etwas Aehnliches oder Schlimmeres erscheint; wesshalb fand denn grade die abnorme und rapide Haarbildung statt, die doch vorher so gut wie gar keine Rolle spielte. Auch ein physiologisches Entwickelungsstadium kann als Ursache keinen Einfluss gehabt haben, da die Pubertät bereits zu voller Blüthe gelangt war. Wenn man aber trotzdem eine besondere Phase nachgeschlechtlicher Entwickelung annehmen will, so würde auch dies nichts erklären, da es sich ja um eine Abnormität handelt. Sogar die Annahme oder der Nachweis von accessorischen Haarbälgen in den transplantirten Hautlappen würde uns um keinen Schritt weiter vorwärts bringen. Dass sie eine Rolle dabei spielen, unterliegt sogar kaum einem Zweifel, ebenso dass Nerveneinflüsse als ursächliches Moment mit in Betracht kommen, vielleicht sogar das damals noch unvollendete Körperwachsthum, aber alles dies kann nicht als die wahre Ursache angesehen werden.

Fassen wir nun nochmals alle erklärenden Umstände zusammen, so sind es:

1. Aeussere (lokale, sekundäre) oder Gelegenheitsursachen, die man auch günstige Umstände nennen könnte: die Anwesenheit geeigneter Haarbälge bei einem brünetten jugendlichen Individuum bei plötzlicher Entfernung des der Haarbildung ungünstigen *Panniculus adiposus*, vielleicht auch noch entfernt der Reiz arzneilicher Behandlung.

2. Innere (allgemeine, primäre) oder eigentliche Ursachen: allgemeine hereditäre oder Familiendisposition, individuelle kongenitale, vielleicht auch acquirirte Disposition. Wollen Sie über die Familiendisposition hinaus diese Erscheinung als Atavismus auffassen, d. h. als Eigenschaft, die seit vielen, vielen Generationen nicht vorhanden war, oder einer längst entschwundenen Generation des Menschengeschlechts angehört hat, so bin ich jedenfalls der letzte, der Ihnen widerspricht.

Meines Wissens ist auf manche dieser Punkte nirgends oder doch nur andeutungsweise aufmerksam gemacht, speziell auf das Verhalten der Haarbildung zum *Panniculus adiposus* und dann auf das Darwin'sche Gesetz der vererbten und acquirirten Eigenschaften, ebenso der unterbrochen-vererbten oder des Atavismus. Nochmals: die wahren Ursachen der in Frage stehenden Erscheinung liegen in Eigenthümlichkeiten, welche mit dem Gesammt-Organismus in innigstem Zusammenhang stehen.

Hier, meine Herren, sind wir bei einem Punkte angelangt, der viel-

leicht erst nach Jahrhunderten überschritten werden dürfte. Die Theorie ist jedoch ohne Zweifel eine berechtigte, weil auch auf anderen Gebieten durch zahlreiche exakte Untersuchungen bestätigt; und wenn wir wirkliche Aerzte sein wollen, so müssen wir moderne Biologen werden, die sich nicht blos mit den Thatsachen von Erscheinungen begnügen oder untergeordnete Gründe zu deren Erklärung anführen, sondern die den wahrhaft wirkenden Ursachen der organischen Formerscheinungen nachforschen. No. 80 Siebente Strasse.

Ein neues Verfahren, Atherome zu exstirpiren.

Von Dr. Carl Beck,
Chirurg an der deutschen Poliklinik, sowie am Logen- und Vereinshospital der Stadt New York.

Die allgemein übliche Exstirpationsmethode der Atherome des Schädels ist: Unter antiseptischen Cautelen die Geschwulst in ihrem längsten Durchmesser zu spalten, den Inhalt auszupressen, den Balg mit einer Pincette zu fassen und mit einem Myrthenblatt oder Scalpellstiel aus der Umgebung auszulösen. Nachher wird die Wunde nach sorgfältiger Desinfektion durch die Naht vereinigt. Da Viele grossen Werth darauf legen, die Geschwulst nicht zu durchschneiden, bevor sie ausgelöst ist, dies aber bei dünner Kopfschwarte oder starken Synnchinen sehr häufig nicht zu vermeiden ist, so hat Dr. Lauenstein in Hamburg vor Kurzem empfohlen, an der Stelle, wo Kopfhaut und Geschwulstbasis sich begrenzen, einen kleinen Einschnitt zu machen, durch welchen man einen dünnen Scalpellstiel durchschiebt, mit welchem man ringsherum den Balg von der Kopfschwarte loslöst. Erst dann, wenn derselbe isolirt ist, sollte man den üblichen Längsschnitt über die Geschwulst machen, worauf dieselbe dann herausfällt. Lauenstein empfiehlt diese Technik namentlich dem Landarzt, welcher zumeist ohne Assistenz zu operiren hat.

Seitdem ich die Veröffentlichung Lauenstein's kenne, habe ich mehrere Atherome nach seinem, mir ausserordentlich einleuchtenden Verfahren sehr rasch exstirpirt und fand hierbei Gelegenheit, die einfache Methode noch in etwas zu modifiziren.

Ich mache an der von L. empfohlenen Stelle einen Einstich, gerade so gross, dass eine kleine Cooper'sche Scheere hindurchdringen kann, und löse dann mit dieser die Geschwulst stumpf von der Kopfhaut ab. Sodann gehe ich mit der Kornzange ein (kleinstes Kaliber) und zwicke aus der nunmehr isolirt in ihrem Bette liegenden Geschwulst ein Stück heraus. Nun lässt sich der Inhalt entleeren und der Grützbeutel mit der Kornzange (analog der Entwickelung einer Ovarialcyste) aus der ganz kleinen Wundöffnung herausziehen.

Ich spüle dann mit Sublimatlösung (1 : 1000) aus, führe mit der Hohlsonde etwas Jodoform ein und lege einen Druckverband an. Am folgenden Tag kann derselbe entfernt und durch ein Stückchen englisches Pflaster oder etwas Jodoformcollodium ersetzt werden.

Ich habe bis dato 4 Geschwülste auf diese Weise entfernt (die letzte in der Schläfegegend einer jungen Dame) und so gut wie gar keine Blutung und einen absolut reaktionslosen Verlauf beobachtet. Da ich einen kleinen, kaum bemerkbaren Einstich mache, so ist eine Naht unnöthig. Demnach wird meine Methode besonders für solche Körperstellen sich eignen, wo Narbenbildung möglichst zu vermeiden gesucht wird.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK.

Erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Umschlag liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Pro Domo!

Der dritte Band der New Yorker Medizinischen Presse beginnt mit dieser Nummer. Als wir vor einem Jahre mit unserem Blatte vor die Oeffentlichkeit traten, mussten wir uns gefallen lassen, dass ob dieses „Experimentes" von vielen Seiten ein „bedenkliches Schütteln des Kopfes" sich erhob. Es herrsche in diesem Lande kein Bedürfniss nach einem in deutscher Sprache gedruckten medizinischen Journale, meinten die Einen; es werde in diesem Lande wissenschaftlich von deutschen Aerzten nicht genug geleistet, um eine Publikation dieser Leistungen nothwendig oder auch nur wünschenswerth erscheinen zu lassen, sagten die Anderen. Aus beiden Prämissen ergab sich nothwendiger Weise der Schluss: Die „Presse" sei entweder ein todtgeborenes Kind oder im günstigsten Falle eine durchaus nicht ernst zu nehmende journalistische Eintagsfliege. Was sagt wohl heute jener *Mantis Kakon,* der vor Jahresfrist erklärte: Die erste Aufgabe, welche ein deutscher Arzt in Amerika zu erfüllen habe, sei die, zu vergessen, dass er deutsch sei, und welcher aus dieser eigenthümlichen Ansicht die Unmöglichkeit der Existenz unseres Blattes deduzirte, was sagt er wohl heute, wo die N. Y. Medizinische Presse auf dem Pulte beinahe jedes anständigen deutschen Arztes zu finden ist, nicht nur in New York, sondern im kleinsten Flecken des fernen Westens, wo, was von den besten deutschen Medizinern Amerikas in der „Presse" veröffentlicht wird, mit Spannung erwartet und gelesen wird vom atlantischen bis zum stillen Meer, wo die Inhaber der besten Namen es sich zur Ehre anrechnen als Mitarbeiter der „Presse" zu erscheinen, wo, mit einem Worte, unser Blatt wirklich das geworden ist, wozu wir es machen wollten: das Organ der deutsch-amerikanischen Aerzte?

Das es uns gelungen ist, dieses Ziel zu erreichen, verdanken wir in erster Linie unseren Freunden, welche sich nicht abhalten liessen, ihre Arbeiten in der „Presse" zu veröffentlichen. Ihnen zuvörderst unsern Dank und die Bitte, uns auch weiter ihre Freundschaft zu erhalten. Besten Dank ferner unseren journalistischen Kollegen in Amerika

sowohl als in Europa, welche durch wiederholt gezollte Anerkennung der „Presse" und der in der „Presse" veröffentlichten Arbeiten viel dazu beigetragen haben, den Leserkreis unseres Blattes zu erweitern. Besten Dank endlich diesem sich täglich erweiternden Leserkreise selbst für das dem neuen Unternehmen entgegengebrachte Vertrauen und Wohlwollen.

Durch den Erfolg ermuthigt werden wir auch weiterhin fortfahren in unserem Bestreben, den deutsch-amerikanischen Aerzten ein Blatt zu bieten, auf welches sie als Körperschaft stolz sein können. Möge uns dies gelingen.

Technische Schwierigkeiten machen es uns unmöglich den „Index" zum II. Bande der New Yorker Medizinischen Presse dieser Nummer beizulegen. Wir bitten unsere Leser um Entschuldigung. Gleichzeitig mit der Januar-Nummer werden wir diesen Index verschicken.

Deutscher Medizinischer Verein von Philadelphia.

Wir brachten seinerzeit*) die Mittheilung, dass sich in Philadelphia eine deutsche medizinische Gesellschaft gebildet habe. Diese Gesellschaft, deren Beamte: Präsident: Dr. Geo. A. Muehleck; Vice-Präsident: Dr. John S. Miller; Secretär und Schatzmeister: Dr. Edwin Rosenthal; Censoren: Dr. Louis Jurist und Dr. Edward H. Bell waren, bestand hauptsächlich aus „jungen Männern" und fand grosse Schwierigkeiten, unter den „älteren" Herren Mitglieder zu gewinnen. Aus diesem Grunde beschloss die Gesellschaft sich aufzulösen, und bildete ein Committee, welches an alle deutschen Aerzte Philadelphia's Cirkulare mit der Einladung zu einer provisorischen Versammlung aussandte. Zu dieser Versammlung fand sich trotz des „miserablen" Wetters eine so grosse Anzahl von Collegen ein, dass die Frage, ob denn wirklich ein Bedürfniss nach einer deutschen medizinischen Gesellschaft existire, von selbst bejahend sich beantwortete. Dr. F. H. Gross wurde zum Präsidenten Dr. Wolf zum Secretär pro temp. und ausserdem ein Committee gewählt, welches einen Statutenentwurf ausarbeiten und der nächsten Versammlung zur Beschlussfassung vorlegen sollte. Diese Versammlung fand am 13. December statt und ist dieser Tag als Geburtstag der neuen Gesellschaft zu betrachten. Wir persönlich bringen dem Vereine hiermit unsern besten Glückwunsch dar, und auch im Sinne unserer Leser glauben wir zu handeln, wenn wir ihm zurufen: *Vivat, floreat, crescat!*

Die Protokolle des „Vereines deutscher Aerzte von St. Louis" werden von jetzt ab in der New Yorker Medizinischen Presse veröffentlicht werden. Das erste Protokoll (Sitzung vom 12. November, Vortragender Dr. Herrmann: „Ueber Epilepsie") finden unsere Leser schon in dieser Nummer. Dasselbe gilt von den Sitzungsberichten der neuen Philadelphier Gesellschaft. Die Leser der „Presse" werden mit dieser Bereicherung des Inhalts gewiss sehr zufrieden sein.

*) Nr. 1 Bd. II.

Resorcin - Inokulation.

Die Anwendung des Resorcin's bei infektiösen Krankheiten wird namentlich von Andeer, Brieger, Lichtheim und Cattani befürwortet. Während bisher von den genannten Autoren das Mittel nur äusserlich durch Einreiben desselben in Salbenform (Andeer) oder durch Auflegen von mit Resorcinlösung getränkten Kompressen (Cattani) — selten hypodermatisch — angewendet wurde, hat Dr. Ludwig Weiss*, eine wirksamere Methode angegeben, um die Entstehung und Verbreitung phlegmonöser und erysipelatöser Prozesse von einem Infektionsherde aus zu mildern, resp. zu verhüten.

Diese von Weiss kurz Resorcin - Inokulation genannte Behandlungsweise besteht darin, dass an und um den ursprünglichen Sitz der Infektion, sowie entlang der mit demselben in direkter Verbindung stehenden Lymphbahnen kleine Inzisionen, also Skarifikationen gemacht werden, welche nur durch die Epidermis gehen sollen ; dann wird eine 10 bis 20 proc. Resorcin - Lanolinsalbe reichlich und gründlich in die affizirten Theile, speziell in die Skarifikationen eingerieben, fein zerzupfte antiseptische Watte oder mit derselben getränktes Lint aufgelegt, dann in Gutta-Percha-Papier eingehüllt und kunstgerecht bandagirt. Die durch dieses Verfahren erzielte reichliche Resorption des Mittels ist von prompter Wirkung gefolgt : Schwellung und Röthung sowohl an der Infektionsstelle, wie auch entlang der Lymphbahnen gehen zurück und der Schmerz lässt im Verlaufe von 12 bis 24 Stunden vollständig nach. Ebenso weicht das Fieber und das Befinden ist ein ganz vorzügliches.

Weiss führt diese überraschend schnelle Heilwirkung des Resorcin auf die weit geringere Diffusibilität zurück, welche dasselbe im Vergleiche z. B. mit Karbol hat. Ferner kann es in weit konzentrirterer Form gebraucht werden, ohne dass es sofortige Gerinnung der albuminhaltigen Gewebsflüssigkeiten erzeugt und dadurch die der Resorption dienenden Bahnen verlegt. Auch verursacht es in Folge seiner geringen Diffusibilität keine solchen bedrohlichen Intoxikationszustände, obgleich es von den Lymphgefässen sehr schnell resorbirt und weitergeführt wird. Auch die von andern Autoren konstatirte zusammenziehende Wirkung auf die Hautkapillaren und ein günstiger Einfluss auf die Regeneration des Epithels tragen zu dem günstigen Gesammtresultate bei.

Die angeführten Fälle geben ein klares Bild dieser in geeigneten Fällen empfehlenswerthen Therapie, von deren überraschendem Erfolge wir uns aus eigenster Erfahrung überzeugt haben.

Die kleine Skizze des Lebenslaufes von Dr. Eugen Lauer, welche wir in der letzten Nummer zum Abdrucke brachten, verdankten wir der Feder unseres geschätzten Mitarbeiters, Herrn Dr. August Caillé. Durch ein technisches Versehen war davon letztes Mal keine Angabe gemacht.

---

*) S. *N. Y. Medical Record*, Nov. 27. 1886, p. 597.

Gegen die allgemein für richtig gehaltene Theorie, dass Morphium und Atropin als Antagonisten aufzufassen sind, wendete sich Lenhartz (Leipzig) in einem vor der Sektion f. Innere Medizin gehaltenen Vortrage. *) Er neigt sich der Ansicht zu, welche auf Grund einer Reihe gut beobachteter Fälle, Cheatham im *North Carolina Med. Journal* **) ausgesprochen hat, dass nämlich die Anwendung von Atropin bei Opiumvergiftung als unsicher, ja als direkt gefährlich aufgegeben werden müsse.

Von 132 Vergiftungsfällen, welche Lenhartz gesammelt, ergaben 59 mit Atropin behandelte Fälle 28 Proc. Mortalität, während bei den anderen 73 nur 15 Proc. Mortalität verzeichnet wurde.

In der Diskussion behauptete L. Lewin (Berlin), dass der günstige Einfluss des Atropins auf die geschädigte Athmung auch von Denen zugestanden werde, welche nicht an seine Wirkung als Antidot glauben wollen. Da Lenhartz nun auch die Beeinflussung des Blutdruckes zugestehe, so müsse er eigentlich Anhänger der antagonistischen Wirkung sein.

Dem erwiderte Lenhartz: Die Hebung des Blutdruckes durch Atropin finde nicht immer und dann nur vorübergehend statt; von einem Antidot sei aber eine Aufhebung der *Causa mortis* zu fordern.

Die Klage vieler Dermatologen, dass das Chrysarobin, welches gegenwärtig im Handel ist, nicht mehr halb so wirksam als vor zehn, zwölf Jahren, beantwortet Dr. Charles Rice †), der Vorstand Laboratoriums im *Bellevue Hospital*, dahin, dass wahrscheinlich die Behandlung des Goa-Pulvers (*Araroba po de Bahia*), aus welchem es gewonnen wird, eine nicht ganz zweckmässige ist. Das ist die Ansicht, zu der man im Laboratorium von Gehe & Co. (Dresden) gekommen und die von Dr. Lesser (Leipzig) bestätigt worden ist. Es werden nun Schritte gethan werden, die wirksamen Bestandtheile vollständig auszunutzen.

In der letzten Sitzung der *New York Pharmaceutical Association* wurde die Frage aufgeworfen, wie man die Aerzte veranlassen könnte, auf jedem Rezepte ausser der genauen Gebrauchsanweisung zu bemerken, ob dasselbe für ein Kind oder einen Erwachsenen bestimmt sei, namentlich wenn irgend ein differentes Mittel verschrieben werde.

Herr S. J. Bendiner ‡), welchem die Beantwortung derselben zufiel, schlug vor, dass die pharmazeutischen Gesellschaften dies in die Hand nehmen und durch Absendung eines Circulars an alle im Staate praktizirenden Aerzte das Ansuchen stellen stellen sollte, dass in der

*) S. Tageblatt d. 59. Vers. d. Naturf. u. Aerzte, Nr. 6; 22. Sept. 1886; S. 205.

**) S. den Bericht in Nr. 5; Bd. II der N. Y. Med. Presse p. 206—209.

†) Proc. of the N. Y. State Pharm. Ass'n· p. 175.

‡) l. c. p. 196.

angegebenen Weise verfahren werde. Das ist gewiss empfehlenswerth, und in den meisten medizinischen Lehranstalten hierzulande wird unseres Wissens ein derartiges Verfahren den Studenten anempfohlen. Die Bezeichnungen : *Adult*, *Child* und *Infant* genügen in allen Fällen.

Freilich kann dadurch das Verschreiben beim Verschreiben nicht unmöglich gemacht werden ; und in dieser Beziehung ist das richtigste Verfahren stets das von so vielen Apothekern eingeschlagene, nämlich : Zum Arzte zu schicken und um Correctur des betr. Versehens zu bitten. Die Dispensirung eines solchen Rezeptes einfach zu verweigern, wie von dem betr. Referenten in einem konkreten Falle berichtet wird, ist mindestens unpraktisch, indem dadurch sowohl Patient wie Arzt vor den Kopf gestossen werden und der Apotheker sich nicht wundern kann, wenn er von beiden hinfüro ignorirt wird.

REFERATE.

Psychiatrie und Neurologie.

W. Dudley.—A case illustrating the condition of the nervous system after amputation of an extremity.—*Brain;* April 1886, p. 87.

Dudley citirt den Fall eines am 28. Februar 1885 in das *West Riding Asylum* aufgenommenen und an *Dementia paralytica* leidenden Polen, der im Jahre 1864 wegen erlittener Schusswunden durch eine zwischen dem oberen und mittleren Drittel des Oberschenkels vollzogene Amputation seines linken Beines verlustig gegangen war.

Die Autopsie zeigte, ausser den bei *Dementia paralytica* gewöhnlich vorliegenden Veränderungen rechterseits eine auffällige Atrophie des *Gyrus centralis posterior* und *Lobulus parietalis superior*, ferner eine tiefe, den rechten *Gyrus centralis anterior* kreuzende von der longitudionalen Zwischenspalte 1½ Zoll entfernte, mit ihr nahezu parallele Furche, sowie das Knie dieses Gyrus beträchtlich kleiner als das des linksseitigen. Weder die basilaren Ganglien, noch Kleinhirn, Brücke und verlängertes Mark boten irgend etwas Abnormes dar. Die atrophirten Theile besassen eine Rinde von normaler Dicke und deutliche Absonderung der Zellschichten. Von den in den angeführten rechtsseitigen Convolutionen enthaltenen Ganglienzellen, welche weder kleiner noch geringzähliger als die der linken waren, zeigten etwas pigmentöse Degeneration.

Die Untersuchung des Rückenmarkes ergab in den Cervical- und Brustportionen keinen Unterschied. Im dicksten Theile der Lendenanschwellung fand man das rechte Vorderhorn vergrössert, sowie die Zahl der rechtsseitigen Zellen etwas vermehrt und zwar am deutlichsten in einer etwa einen Zoll weit vom unteren Rückenmarksende entfernten Höhe; von hier nach abwärts verminderte sich die Grössendifferenz des rechten und linken Vorderhorns. Das rechte *Cornu posterius* war gleichfalls, aber nur geringgradig grösser als das linke. Die mikroskopische Untersuchung der der erwähnten Höhe entnommenen Querschnitte liess in der rechten Rückenmarkshälfte eine dreimal grössere Zellenanzahl als in der linken erkennen, sowie in letzterer eine deutlich ausgesprochene Verkleinerung der meisten Zellen. Der

Unterschied betraf hauptsächlich die antero- und posterolateralen Zellgruppen. Die weisse Substanz gab keine Anomalie zu erkennen. Am gesammten Rückenmarke fanden sich neben völlig gesund erscheinenden zahlreiche pigmentös-degenerirte Zellen, deren manche zwar gross wie normale erschienen und eine deutliche Zellenwandung mit zahlreichen gutgefärbten Fortsätzen darboten, jedoch im grössten Theile ihres Inneren statt des die Färbemittel leicht aufnehmenden gesunden Protoplasmas gelbes, granuläres, nicht oder kaum zu färbendes Pigment enthielten. Andere Zellen hatten eine gerundete, häufig auch birnförmige Gestalt und schienen durch die Gegenwart einer Pigmentmasse aufgeschwellt zu sein, wobei wahrscheinlich die sehr geringe Quantität zurückgebliebenen gesunden Protoplasmas in das verengte Ende der Zelle gedrängt war, von welchem meistens ein gutgefärbter Fortsatz im Gegensatz zu den anderen nur schwach tingirten ausging. Die Wandung wieder anderer Zellen umschloss nichts als grobkörniges Pigment und entsandte nur wenige und zwar schwachgefärbte Fortsätze. Die meisten der in höherem Grade entarteten Zellen erwiesen sich kleiner als die mehr gesunden, in ihrer unmittelbaren Nähe befindlichen. Schliesslich fanden sich Pigmentmassen vor, die die Gegenwart weder von Protoplasma noch von Fortsätzen erkennen liessen und höchst wahrscheinlich die Ueberbleibsel von ihrer Function völlig verlustig gewordenen Zellen darstellten. Diese höchstgradig degenerirten Elemente wurden in grösserer Menge im Lumbaltheile und zwar in dessen linker Hälfte vorgefunden.

Es schienen ferner im Innern des Rückenmarkes, in der durch ausgeprägtere Atrophie charakterisirten Höhe, die rechtsseitigen vorderen Nervenwurzeln faseriger als die linksseitigen zu sein. Linkerseits erkannte man zwischen den Fasern hier und da Axencylinder und zwar in Form sowohl aus Punkten zusammengesetzter Linien als von Reihen kurzer, unregelmässig abgebrochener Fäden. Daselbst befanden sich auch starkgefärbte körnige Massen, die wohl von degenerirten Fasern herrührten.

Querschnitte des linken *Nervus femoralis* zeigten Bündel sehr feiner, unregelmässig zwischen den normal vertheilten Nervenfasern; von solchen feinen Fasrrn lagen zum Theil zwei oder drei, zum Theil dreissig bis vierzig neben einander; sie wurden von Färbemitteln viel mehr als die normalen ergriffen; ihr Durchmesser war ein sehr verschiedener, betrug aber in der Mehrzahl etwa ein Drittel bis ein Viertel desjenigen der gesunden Fasern. Eine beträchtliche Menge von Fettgewebe lag zwischen den aus ihnen zusammengesetzten Bündeln. Das verminderte Volumen der Fasern schien hauptsächlich durch die sehr verdünnte Medullarscheide bedingt gewesen zu sein. Leider war der rechte Femoralnerv nicht präservirt worden,

---

L. Bruns.—Ueber Tumoren des Balkens.—*Berl. klin. Wochenschrift:* No. 21 und 23. 1886.

Zwei von ihm selbst und sieben von anderen Autoren – 3 von Glaeser, 7 von Bristowe—beobachtete Fälle*) veranlassten Verf., die Ansicht auszusprechen, dass das Vorhandensein von Tumoren des Balkens durch

*) Da Verf. sieben in der Literatur berichtete einschlägige Fälle mit den von ihm beobachteten zu vergleichen sich die Mühe genommen hat, so hätte er doch einen anderen nicht übersehen sollen, nämlich "A case of nodular Tumor of the corpus callosum" by F. A. McGuire; *Amer. Jour. of Neur. & Psych.;* Vol. III No. 1. 1884. p. 56.

die Anwesenheit einer bestimmten Symptomengruppe sehr wahrscheinlich gemacht werde, wobei er jedoch daran erinnert, dass auch manche anderen Affectionen, wie z. B. Tumoren des Stirnhirnes, multiple Geschwülste etc. ähnliche Erscheinungen erzeugen und ferner Balkentumoren auch anliegende Gehirnpartieen in Mitleidenschaft ziehen können.

Die nach Verf. als diagnostisch wichtig anzusehenden Symptome sind die folgenden:

1. Langsam und stetig zunehmende Kundgebungen eines organischen Hirnleidens;
2. Der Eintritt hemiparetischer und namentlich paraparetischer Erscheinungen;
3. Hochgradiger Blödsinn bei völliger Abwesenheit oder wenig ausgesprochenem Auftreten allgemeiner Geschwulsterscheinungen, nämlich von Kopfschmerz, Erbrechen, Convulsionen, Stauungspapille;
4. Das Fehlen von auf eine andere Lokalisation des Leidens hinweisenden Erscheinungen.

Max Brink.—Zur Lokalisation der Grosshirnfunctionen und zur Lehre von der secundären Degeneration. *Deut. Arch. f. klin. Medicin.* B. 38, H. III, S. 285.

Dieser Beitrag wird anschliessend an folgenden Fall veröffentlicht:

M. O. M., im 68. Lebensjahre, und stets gesund, wurde am 6. October 1882 von einem leichten Schlaganfall befallen, der vorübergehende Motilitätsstörungen im linken Arm und Bein und kurz anhaltende Sprechstörungen, die sich besonders in Plumpheit und Gedehntheit der Sprache kundthaten, hervorrief. Am 6. Januar 1883 wiederholte sich der apoplektische Insult. Die Parese—rechtsseitige Gesichtsparese, rechtsseitige Parese der Inspirationsmuskeln mit rechtsseitiger Hemiplegie—zeigte weder Störungen der Sensibilität, der Sehnenreflexe, noch Contracturen. Die psychischen Störungen gaben sich in Schwachsinn, Schwatzhaftigkeit und affectirtem Wesen, kund. Sprache plump; keine Aphasie. „Allgemeine Atheromatose der Gefässe, Herzhypertrophie und Lungenemphysem," wurden constatirt. Die Psychose verstärkte sich erheblich—es traten heftige Erregungszustände, Wahnideen, Hallucinationen, Unreinlichkeit etc., hinzu.

Am 10. Mai 1883 wurde die Patientin in die Universitätsirrenklinik zu Leipzig gebracht. Beim Ergreifen irgend eines Gegenstandes mit der rechten Hand, kann sie die geschlossene Hand—ohne die linke zu Hülfe zu nehmen - nicht mehr spontan öffnen. Beim Heben des rechten Beins im Bett deutliche Zeichen von statischer und locomotorischer Ataxie; das Heben des linken Beins unmöglich. Schmerzempfindlichkeit links geringer als rechts. Patellarreflex beiderseits aufgehoben; Hautreflexe herabgesetzt; grobe motorische Kraft gering.

Am 15. Juni: Sprache auffallend stolpernd. Vollständige Paralyse des linken Beines und Armes. Sensibilität links aufgehoben, rechts herabgesetzt. Temp. 40.0° C. 16. Juni: Temp. 36.6°. Kann nur wenig sprechen. Decubitus am Kreuzbein und linken Trochanter. 18. Juni: Schlinglähmung. 19. Juni, Abends: Exitus lethalis.

Die Sektion zeigte mässige Trübung der Gehirnhäute; auf der Innenfläche der Dura mater rechts kleine Blutungen, links stärkere neben röthlichen, zarten Auflagerungen. Gehirnwindungen an zahlreichen Stellen atrophirt; stark erweiterte, mit seröser Flüssigkeit gefüllte, mitunter blasenartige Furchen.

Der aufsteigende Ast der *Fossa Sylvii* war sehr wenig entwickelt; nach hinten von einer Windung umgeben, welche von der 2. Stirnwindung herunterstieg zum Rande der *Fossa Sylvii* und von der vorderen Centralwindung durch eine mit der Centralfurche parallel gehende und derselben ähnliche Furche getrennt war.

Das Gehirn und Rückenmark wurden Anfang April 1884, nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit eingehender untersucht. Die linke Hemisphäre zeigte ein Erweichungsherd, theils im Centrum semiovale gelegen, theils in das Mark der Hirnwindungen hineinreichend und betraf, theils die Rindensubstanz selbst. Zwei Erweichungsstellen des Hirnmantels wurden wahrgenommen:

1. In den Windungszug, welcher den aufsteigenden Ast der Fossa Sylvii umgiebt und insbesondere die *Pars opercularis* (Schwalbe).

2. Geht die Erweichung bis in die Rinde im Bereiche der zweiten Stirnwindung, und zwar vom unteren Rande derselben bis zur Mitte ihrer Breite reichend, an der Berührungsstelle des dritten und hintersten Viertels mehr nach letzterem zu. Im *Centrum semiovale* geht die Erweichung nach vorn bis zu dem Winkel zwischen horizontalem und aufsteigendem Ast der Fossa Sylvii senkrecht auf der Mantelkante; nach hinten von der Berührungsstelle des fünften und hintersten Sechstels der ersten Stirnwindung an der Mantelkante, in beinah einem rechten Winkel, bis zum Rande der Fossa Sylvii. Die ganze Dicke des Centrumsemiovale, zwischen den Bezirken der 2. und 3. Stirnwindung war erweicht. Lädirt war der Stabkranz der hinteren Stirnwindungen und der Stabkranz des im untersten Theil des Sulcus praecentralis verborgen liegenden Abschnittes des unteren Drittels der vorderen Centralwindung. Die mittlere Windung der Insel war ebenfalls durchsetzt. Nur ein sehr kleiner Theil des linken *Thalamus opticus* war mit ergriffen; sonst zeigten die Centralganglien keine Erweichung. Im Gebiet der vorderen Centralwindung fanden sich zwei kleine, cylindrische Herde. Die rechte Hemisphäre liess Strukturveränderungen nicht erkennen.

Was nun die sekundäre Degeneration anbelangt, so ersieht man, dass sie sich zunächst in der inneren Kapsel vorfand—ungefähr der Mitte zwischen dem Knie der Kapsel und der Berührungsstelle des 2. und 3. Linsengliedes,—und von hier erstreckte sie sich in dem Thalamus opticus; sie beschränkte sich im Hirnschenkelfuss auf eine umschriebene Stelle, die den ersten Drittel und zwei Achtel einnahm, – während die Haube des Hirnschenkels sich als intakt erwies—und liess sich, wenn auch kleiner, im Pons auf einen der Raphe nahe gelegenen Längsfaserzug in der vorderen linken Brückenhälfte, verfolgen. Die Degeneration liess sich mikroskopisch, wenn auch schwerlich in das verlängerte Mark bis zur Halsanschwellung erkennen. In das Rückenmark hatte eine unvollkommene Kreuzung der rechten—bei totaler Kreuzung der linken—stattgefunden; so zwar, dass der rechte Vorderstrang und der rechte Seitenstrang bei Weitem mächtiger waren, als die linksseitigen. In der Lendenanschwellung fand sich eine deutliche Vermehrung der Bindesubstanz in den Hintersträngen.

Als Herdsymptome sind zu betrachten:

1. die Parese, resp. zeitweise Paralyse des rechten N. *Facialis*;
2. die Paralyse des rechten *N. Hypoglossus*; und
3. die Extensoren der Finger am rechten Vorderarm.

Was nun die Parese des *N. Facialis* betrifft, so lässt sich schliessen, dass nur ein Theil des relativen Feldes betroffen worden sei—daher das

wechselnde Verhalten der vom *N. Facialis* versorgten Muskeln. Was die Paralyse des rechten *N. Hypoglossus* anbelangt, so ist sie dadurch zu erklären, dass die Verbindung mit der Peripherie, und demzufolge die Leitungsbahn des *N. Hypoglossus* durch die Erweichung des *Centrum semiovale* unterbrochen war. Und was zuletzt die Parese der Fingerstrecker an der rechten oberen Extremität anbetrifft, so stimmen einige Fälle darin überein, dass bei ihnen die erkrankte Stelle in der linken Grosshirnhemisphäre lag; dagegen lässt sich derRindenbezirk schwerlich bestimmen. Die statische und locomotorische Ataxie, das Fehlen der Patellarsehnenreflexe, das Herabgesetztsein der Schmerzempfindlichkeit, der Sensibilität und der Hautreflexe sind nur als Folgeerscheinungen der pathologischen Veränderung in den Hintersträngen des Lendenmarks anzusehen.

M. Rosenthal.—Ueber Hirnsyphilis und deren Lokalisation.—*Deut. Arch. f. klin. Medicin.* B. 38, Heft III, S. 263.

Nach Verfasser rufen Erkrankungen des Stirnlappens keinerlei motorische oder sensible Beschwerden hervor, insolange sie nicht das Gebiet der Centralwindungen erreichen. Dasselbe gilt für die Syphilome des Frontalhirns. Ganz anders gestalten sich jedoch die Symptome, wenn die von sensiblen Trigeminuszweigen durchsetzten Meningen den Sitz von syphilitischen Entzündungen und Verdickungen abgeben. In dem citirten Fall, und bei zwei anderen ihm bekannten Fällen, wo blos hartnäckige Kopfschmerzen und Supraorbitalneuralgien im Leben bestanden, fanden sich bei der Section pachymeningitische Verdickungen und Adhäsionen an den Stirnlappen. Die nach manifesten Erscheinungen von Hirnlues auftretenden Kopfschmerzen, die gegen Druck und Perkussion erweisliche Empfindlichkeit der Stirnfläche, insbesondere die halbseitigen Neuralgieen des Supra- und Infraorbitalis mit umschriebener Hauthyperalgesie und *Punctis dolorosis.* in späteren Monaten in Anästhesie übergehend, sind bei Abgang von motorischen Störungen geeignet, das Vorhandensein von Pachymeningitis frontalis anzuzeigen. Nebst diesen diagnostischen Winken sind noch die Schlaflosigkeit und die intellektuelle Schädigung zu berücksichtigen. An letzterer tragen nach den vorliegenden Beobachtungen weniger die Läsionen des basalen, als des oberen Vorderhirns Schuld. Hinzutretende Lähmungen oder aphasische Sprachgebrechen würden das Umsichgreifen von Herderkrankungen nach der corticalen Pyramidenregion beziehentlich der Broca'schen Windung andeuten.

Syphilis der Centralwindungen ruft nebst Störungen der Motilität auch die der Sensibilität hervor. Die Sensibilitätsabstumpfung ist bei Läsionen in der Broca'schen Windung im unteren Drittel der vorderen Centralwindang und den oberen Parietalläppchen, am ausgeprägtesten. Bei dem 2. citirten Fall bestanden rechtsseitige Hemiplegie, mit Contracturen, und Gesichtsparese, weniger empfindlich auf der rechten als auf der linken Seite, und temporäre Aphasie.

Die Sektion ergab: Fibröse Pachymeningitis externa und Anlöthung der Dura mater an den Schädelknochen; rothe Erweichung der unteren Hälfte der linken vorderen und oberen Hälfte der hinteren Centralwindung bis in die 1. Parietalwindung, sowie Erweichung des hinteren Endes der 2. und 3. Stirnwindung; Hirnsubstanz atrophisch. Bei der 3. Beobachtung (bei linksseitiger Hemiplegie und Verfall der Empfindungsqualitäten unter beträchtlicher Verlangsamung der Schmerz- und Temperaturgefühlleitungen) ergab die

Sektion: Hirn geschwellt, die Gyri im Bereiche der Centralwindungen rechts stark abgeplattet, daselbst die Rinde graugrünlich verfärbt und gelockert. Diesem Antheil entsprechend ein Abscess. Der Herd liegt in der Marksubstanz, nach vorn bis an die vordere Begrenzungslinie des *Corpus striatum*, nach rückwärts bis in die Gegend der Hinterhornspitze, an der Convexität nahe bis an die Rinde, in der Tiefe aber nirgends bis an die Grosshirnganglien reichend.

Das fast konstante Zusammentreffen von Hemiplegie und Hemianästhesie bei Läsionen der bezüglichen Rindenregion, sowie die nach corticalen Epilepsien erweisliche Beeinträchtigung der motorischen und sensitiven Leitungen müssen daher nach Obigem den Kliniker bestimmen, in den Centralwindungen und deren Umgebung den corticalen Vereinigungspunkt der motorischen und sensitiven Nervenendigungen anzunehmen.

Da die Grosshirnganglien—Streifenhügel, Linsenkern, etc.—mit den Pyramidenbahnen keinerlei Verbindung eingehen, so kommen also bei Erkrankung des ersteren keine motorischen Störungen vor. Läsionen im Bereiche des Streifenhügels und Linsenkerns, welche Rückenmarkaffectionen verursachen, sind nur auf Rechnung der inneren Kapsel zu setzen. Auch rufen gewisse Formen von Ventrikelapoplexie (wie in einem Falle von Berstung einer kleinen striären Arterie nach vorn vom Kopf in den Seitenventrikel) keine motorische Störungen auf —insolange die innere Kapsel verschont bleibt. Bei dem citirten Falle, welcher unter dem Bilde der Demenz verlief, und keine motorischen Störungen zeigte, ergab die Sektion: Ein mandelgrosses Syphilom am 1. und 2. Glied des Linsenkerns, bei intacter Capsula interna.

Erkrankung am Boden des 3. Ventrikels rufen Reizungserscheinungen der Augenmuskeln hervor:

1. Wird durch Erkrankung im vordersten Abschnitte des Oculomotoriuskernes die Accomodationslähmung, Pupillenerweiterung und Iriscontraction hervorgerufen;

2. Wird im medialen Kern der *Rectus int.* beeinflusst, und

3. Werden im hinteren Kern die äusseren Augenmuskeln — *Levat. palpebr. sup., Rect. sup., Obliquus inf.* — beeinflusst. Augenmuskellähmungen, infolge von Kernregionläsionen, sind meistens durch Syphilis verursacht. Nucleäre Augenmuskellähmung eine Combination mit initialer Tabes, ist, wie bekannt, eine häufige Erscheinung.

R. M.

Intubation der Larynx.

1. F. E. Waxham. — *Chicago Medical Journal and Examiner;* March 1886.

2. Waxham. — *I bidem;* April, 1886.

3. Waxham. — *I bidem;* August, 1886.

4. E. F. Ingals. — *Journal of the American Medical Association;* July 10, 1886. (Also Reprint).

5. D. Brown. — *N. Y. Medical Record:* April 10, 1886.

6. J. O'Dwyer. — Chronic stenosis of the larynx treated by a new method with report of a case. — *Ibidem;* June 5, 1886.

Ueber No. 1 wurde schon in der Aprilnummer der N. Y. Med. Presse*

*) S. 232.

referirt. No. 2 ist die Beschreibung einer Flasche, um operirte Kinder leicht zu ernähren. Der Apparat besteht aus einer gewöhnlichen Nährflasche für Säuglinge, welche in Verbindung mit einer Davidson'schen Spritze und diese wieder mit einer Schlundsonde gesetzt ist. Bei Kompression des Ballons der Spritze wird der Inhalt der Flasche rasch in den Magen gelangen. Waxham (No. 3) publizirt eine Statistik gesammelter Fälle von Tracheotomie und Tubage. Von 306 tracheotomirten Kindern genasen 58 oder 18 Proz. — Durchschnittsalter, 5 Jahre 1 Monat, — von 83 mit Tubage behandelten genasen 23 oder 27.7 Proz. — Durchschnittsalter, 3 Jahre 7 Monate; das jüngste gerettete Kind war 14 Monate alt. Unter der letzten Kategorie sind 58 eigene Fälle inbegriffen, von denen 20 moribund waren und 40 schwere Allgemeinerscheinungen darboten. Unter den Verstorbenen sind 18, bei denen die Operation erfolgreich war, was mit Hinzuzählung der Geheilten 49 Proz., ein gutes Resultat der Operation repräsentirt. (No. 4) Zwei mittelst Tubage geheilte Fälle von diphtheritischem Croup. Brown (No. 5) giebt Krankengeschichten von 15 Fällen, mit 4 Heilungen — 26.6 Proz., welche im New Yorker Findelhause operirt wurden. O'Dwyer's (No. 5) Patientin, 40 Jahre alt, hatte syphilitische membranöse Stenose der Larynx und wie sich später herausstellte auch Striktur unterhalb der Stimmbänder. Die erste wurde innerhalb 18 Tagen durch einmaliges Einführen allmälig immer grösserer Kanülen geheilt, die zweite innerhalb 27 Tagen durch 13maliges Einführen soweit gebessert, dass ein einmaliges Einführen und Liegenlassen über Nacht in 14tägigen Zwischenräumen die Wiederkehr der Striktur verhütete.

Dr. J. W. Gleitsmann.

Correspondenz.

Philadelphia, im November 1886.

Seit meinem letzten Schreiben ist der Sommer vorübergegangen und die Thätigkeit der medizinischen Gesellschaften, die während des Sommers, wie üblich, nahezu gleich Null ist, hat zugleich mit den Vorlesungen an unseren medizinischen Lehranstalten wieder begonnen. Jetzt giebt es des Interessanten Vieles und Einiges davon dürfte Ihren Lesern willkommen sein.

Die *Colleges* sind sämmtlich sehr gut besucht.

Eine sehr gute Acquisition hat das *Jefferson Medical College* in der Person des Dr. Wm. S. H. Forbes gemacht, welcher zum Professor der Anatomie an jener Anstalt gewählt worden ist. Derselbe ist ein sehr tüchtiger Anatom und fähiger Chirurg — Eigenschaften, die ihn, in Verbindung mit seiner persönlichen Liebenswürdigkeit, bei den Studenten sehr schnell beliebt und geachtet gemacht haben. Ihre Leser werden sich entsinnen, dass er der Erste war, welcher mit Erfolg die Operation angab und ausführte, welche im Durchschneiden des, den Ring- und den kleinen Finger verbindenden sehnigen Bandes besteht — eine Operation, die für Klaviervirtuosen von grösster Wichtigkeit ist.

Dr. Wm. H. Pancoast, der vom *Jefferson Medical College* resignirt hat, übernahm die Anatomie-Professur an dem *Medico-Chirurgical College*, während Dr. John V. Shoemaker daselbst die Professur der Dermatologie, Dr. Wm. B. Atkinson die der Pädiatrik und Dr. Montgomery die der Gynäkologie übernommen hat. Ferner ist mit dieser Anstalt jetzt das *Philadelphia Dental College* vereinigt, an welchem Dr. Garretson über Chirurgie der Mundhöhle liest.

Das *Medico-Chirurgical College* wurde vor drei Jahren gegründet und zwar auf gesunder Basis. Es sind nämlich drei volle Kurse daselbst obligatorisch, ehe die Studenten zur Promotion zugelassen werden können; es ist allerdings bis jetzt noch ziemlich wenig besucht; doch ist durch Anstellung der obenerwähnten tüchtigen Kräfte und durch Erwerb eines zu Lehrzwecken viel geeigneteren Gebäudes der Grund für eine zu erhoffende Prosperität gelegt. Ob diese Verbesserungen den gewünschten Erfolg bringen werden, bleibt abzuwarten. Von den angestellten Professoren sind einige im Westen sehr beliebt, obgleich sie mit den hiesigen Kollegen wenig harmoniren. Sie waren es zumeist, welche der Majorität unserer *County Medical Society* opponirten und unsere Niederlage in St. Louis herbeiführten, wie ich das in meiner letzten Correspondenz berichtet habe.

Vor einigen Wochen hat Prof. S.W. Gross in dem *Jefferson Medical College Hospital* eine sehr interessante Operation ausgeführt. Der Patient, welcher lange Zeit an Schmerzen über der linken Nierengegend gelitten hatte, litt zugleich an Hämaturie; in seinem Urin fand G. viel Eiter und Schleim, Krystalle von oxalsaurem Kalk und Nierenbeckenepithel. Nach genauer Beobachtung war es für Prof. Gross mit seiner genauen Literaturkenntniss in diesen Fragen ein Leichtes, die Diagnose zu stellen auf: Oxalsaures-Kalk-Konkrement in der linken Niere. Er machte deshalb die Nephrolithotomie, während welcher seine Diagnose bestätigt wurde. Der Stein, welcher die Grösse einer flachgedrückten Eichel hatte, wurde glücklich entfernt und der Patient ist in trefflichem Zustande. Der Fall wird nächstens veröffentlicht werden.

Wir haben in letzter Zeit Gelegenheit gehabt, verschiedenen Trepanationen behufs Heilung der Epilepsie beizuwohnen: zwei wurden von Prof. Agnew und eine von Prof. Ashhurst ausgeführt. Es ist noch zu früh, Genaueres darüber zu sagen; doch ist wenigstens zeitweilig Besserung erzielt worden.

Dr. John B. Roberts hat ferner (ebenfalls im *Pennsylvania Hospital*) einen sehr interessanten hohen Steinschnitt gemacht. Ihr Correspondent hatte die Ehre zu assistiren. Der Patient war ein sehr fetter Mann von 50 Jahren, dessen tiefes Perinäum einen Lateralschnitt unmöglich machte. Der Stein sass fest in einer Tasche der hypertrophirten Blasenschleimhaut und war (selbst mit den Fingern) nur mit Schwierigkeit zu entfernen. Durch den Damm hätte man ihn niemals extrahiren können. Die sehr starke Bauchwand wurde besonders genäht, nachdem die Blase mit *Catgut* geschlossen worden. Ein Verweilkatheter sorgte für *Drainage*. Die Wunde heilte prachtvoll; doch machte der Patient thörichter Weise einige Tage nach der Operation eine schnelle Bewegung und durch die Muskelanstrengung öffnete sich ein Theil der Wunde, so dass der Urin herausträufelte. Dann bildete sich eine Höhlung zwischen der Blasenwand und den Weichtheilen, welche die Heilung sehr verzögerte. Doch geht dieselbe gegenwärtig gut vorwärts und ist baldige Genesung zu erwarten.

In dieses alte und weit und breit berühmte Hospital ist erst ganz neuerdings eine gründliche Antisepsis eingeführt worden, und ist die Mortalität — die nie sehr hoch war — bedeutend gesunken.

In einer der letzten Sitzungen der *Academy of Surgery* demonstrirte Dr. Morton eine ganze Anzahl Fälle, welche die verschiedentliche Anwendung der antiseptischen Wundbehandlung illustrirten.

Ihr Correspondent berichtete den Fall einer Frau, deren Ovarien

und Tuben von ihm exstirpirt wurden wegen unerträglicher und unheilbarer Dysmenorrhöe. Der Fall heilte *per primam* unter asepstischer Wundbehandlung (Sublimat, Jodoform etc.); die Nähte wurden am sechsten Tage entfernt und Patient ist vollständig genesen.

Eine deutsche medizinische Gesellschaft ist, wie Sie bereits wissen, gegründet worden. Dieselbe soll keineswegs mit den bestehenden Gesellschaften irgendwie rivalisiren, und es ist zu hoffen, dass die Bemühungen der Gründer mit Erfolg gekrönt sind.

Dr. C. W. Dulles.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von Philadelphia.

Konstituirende Versammlung vom 13. *December* 1886.

Provis. Vorsitzender : Dr. F. H. Gross.
Sekretär : Dr. J. Miller.

Anwesend waren die Herren : Dersum, Friebis, Gerhard, Gross, Jurist, Miller, Muehleck, Rehfuss, Reyser, Scholl, Seiler, Vogler und Wolff, welche in Verbindung mit den Herren : Boenning, Castle, Collins, Dwight, Formad, Fox, Freeman, Lautenbach, Mays, Ott, Rosenthal, Steinbach, Stellwagon, Strawbridge und Wantmann die Stiftungsmitglieder der Gesellschaft sind.

Das Committee berichtete über Konstitution und Nebengesetze, welche den Anträgen gemäss angenommen wurden.

Auf Antrag des Herrn Dr. Seiler organisirte sich hierauf die Gesellschaft permanent. Als Beamte wurden gewählt :

Präsident : Dr. Gross.
1. Vice-Präsident : Dr. Wolff.
2. " Dr. Seiler.
Korrespondirender Sekretär : Dr. Friebis.
Protokollirender " Dr. Muehleck.
Censoren : Drs. Miller, Jurist und Rehfuss.

Versammlungen werden an jedem zweiten Montage im Monat abgehalten werden und zwar vorläufig in den Wohnungen der Mitglieder. Die nächste Versammlung findet statt am 10. Januar 1887 im Hause des Dr. Wolff, 333 S. 12. Str.

Dr. Muehleck,
Prot. Sekretär.

Verein Deutscher Aerzte in St. Louis.

Wissenschaftl. Versammlung vom 12. *November* 1886.

Vorsitzender : Dr. Curtman.
Sekretär : Dr. L. T. Riesmeyer.

Dr. Hermann hielt einen Vortrag über Epilepsie, welcher in einem Spezialblatte veröffentlicht werden wird.

Diskussion :

Dr. Baumgarten fragt Dr. Hermann, ob sich der Begriff Epilepsie auch auf solche Fälle erstrecke, bei denen nur alle 2 bis 3 Jahre ein Anfall aufträte.

Dr. Hermann bezeichnet auch diese Fälle als Epilepsie, wenn keine peripheren Reize vorhanden sind.

Dr. Baumgarten beobachtete 4 oder 5 derartige Fälle. Dieselben betreffen Personen, welche sonst vollständig gesund sind und bei denen kein nachweisbarer Anlass vorhanden ist.

Dr. Hermann berichtet einen Fall, einen 24jährigen Mann betreffend. Derselbe hat seit 18 Jahren alle Jahre einen Anfall. Keine hereditäre Belastung.

Dr. Bremer fragt was für Erfolge Vortragender in solchen Fällen, bei denen alle ein oder zwei Wochen ein Anfall auftritt, bei einer einjährigen Behandlung mit Bromsalzen erzielt habe.

Dr. Hermann: In dem günstigsten Falle trat 8 Monate lang kein Anfall auf.

Dr. Evers referirte einen Fall von Epilepsie bei einem drei- oder vierjährigen Knaben, welcher stark masturbirte. Die Anfälle traten alle acht Tage auf. Es wurde ein Faden so durch die Vorhaut gezogen, dass er bei jedem Versuche zu masturbiren Schmerzen hatte. Dies geschah vor etwa drei Monaten; seitdem sind keine Anfälle mehr aufgetreten.

Dr. Greiner bemerkt, dass die Onanie nicht zu den ätiologischen Momenten der Epilepsie gehört, sondern wahrscheinlich durch dieselben Ursachen b dingt ist wie letztere.

Dr. Bremer: Die operative Behandlung der Epilepsie ist beinahe stets ein Fiasco. Die Anfälle bleiben eine Zeitlang nach der Operation weg und stellen sich dann wieder ein. Redner berichtet einen Fall, wo nach Exstirpation eines Tumors der hinteren Pharynxwand die Anfälle vier Monate ausblieben und sich dann ebenso schlimm, wie vorher, wieder einstellten. Auch die Verbindung der *Arteria Vertebralis* und Trepanation haben keinen Erfolg. Bei vielen Patienten scheinen die Anfalle eine Nothwendigkeit zu sein; denn wenn dieselben aus irgend einem Grunde nicht eintreten, verschlimmert sich das Befinden der Patienten. Eine Frau, welche wöchentlich Anfälle bekam, verbrannte sich bei einem derselben die Hand, indem sie gegen den glühenden Ofen fiel. Die Anfälle blieben hiernach weg. Die Frau wurde elend Tag und Nacht und bekam Wahnvorstellungen melancholischer Art. Als Therapie wurde Whiskey in ziemlich grossen Dosen verabreicht. Nach drei Tagen kam ein Anfall und die Frau war wieder zufrieden und wohl. Je länger in diesen Fällen die Anfälle ausbleiben, desto schlimmer sind die Psychosen. Ein anderer hierher gehöriger Fall betrifft einen Paralytiker. Derselbe laborirt unter der Idee, dass er durch Schnapstrinken einen Anfall beschleunige. Er ist dadurch zum Alkoholiker geworden, und es hat sich ein Zustand herausgebildet, der der progressiven Paralyse ähnlich ist, und er war durch langes Hinausschieben der Anfälle völlig dekrepit geworden. Als sich später alle vierzehn Tage die Anfälle wieder einstellten, trat auch ein Fortschritt in der Intelligenz ein. Ein Fall von traumatischer Epilepsie, welchen Redner mittheilte, betraf einen vierzehnjährigen Jungen, welchem durch eine Maschine ein Stück Kopfhaut abgerissen worden war. Als derselbe nach Hause gefahren wurde, bekam er einen epileptischen Anfall, welcher in allen vier Extremitäten (und assoziirt mit acutem Wahnsinn) auftrat. Auch war zu einer Zeit Diplopie vorhanden. Das Trauma war an der rechten Seite des Schädels. Er wurde zweimal ohne Erfolg trepanirt. Die Anfälle blieben eine Zeitlang weg und kamen dann wieder. Es war hier keine Operation indizirt, da es sich wahrscheinlich um einen Bluterguss im Gehirn handelte. Die Affektion des 6. Nerven deutet auf die Basis des Gehirns als den Sitz

des Leidens hin. Die temporäre Besserung in Folge von Operationen ist auf dieselbe Weise zu erklären wie die Besserung nach dem Brennen des Ohrläppchens, wie es von französischen Aerzten empfohlen wird, oder die Anwendung des Blasenpflasters, mit der ein Assistent Berger's eine bedeutende Anzahl Erfolge aufzuweisen hat.

Dr. Hermann bemerkt, dass er in einem Falle von Epilepsie, wo dieselbe während der Schwangerschaft auftrat, beobachtete, dass jedesmal nach dem Anfall die Patientin geistig klarer war. Ohne Anfall hatte sie schlimme Träume.

Dr. Baumgarten fragt, ob es denn besser sei, die Epilepsie gar nicht zu behandeln. Er habe in einer Anzahl von Fällen, die er behandelt, besonders bei *Petit mal*, wo die Anfälle auf etwa einen per Monat reducirt wurden, auch bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens beobachtet.

Dr. Bremer verwirft nicht jede Behandlung, verlässt sich aber hauptsächlich auf diätetische Vorschriften. In einigen Fällen wirkt das *Extr. fl. Artemisiae Vulgaris*, theelöffelweise, verbunden mit 10—12 Gramm *Zincum Aceticum*, dreimal täglich verabreicht, sehr günstig. In einem Falle von *Petit mal*, bei dem sich die Anfälle täglich einstellten, blieben dieselben unter dieser Behandlung neun Monate aus, stellten sich aber dann ebenso häufig wie zuvor wieder ein.

Dr. Hermann bemerkt, dass der galvanische Strom vielfach empfohlen wurde ; doch hat er auch hiervon keine besondere Wirkung gesehen.

Dr. Curtman sagte, er habe in einem Geheimmittel für die Epilepsie, welchem grosse Erfolge nachgerühmt seien, Bromkalium, Bromnatrium und Bromammonium nachgewiesen.

Hierauf bespricht Dr. Curtman ein sehr empfindliches Reagens für Anilinfarben. Dasselbe besteht in Chloroform gtt. i. und Kaliumhydroxyd bis zur Neutralisation ; damit zwei Minuten langes Kochen. Es entwickelt sich dann bei Anwesenheit von Anilinfarben ein durchdringender Isocarbolamin-Geruch. Die Reaktion ist eine ähnliche, wie die Hoffmann'sche Isonytril-Reaktion bei der Prüfung auf Chloral. Hierfür wird Anilinöl, Alkohol und Kaliumhydroxyd verwandt.

Dr. L. T. Riesmeyer, Sekr.
1718 Franklin Ave., St. Louis, Mo.

Wir erlauben uns, die Aufmerksamkeit unserer Leser darauf zu richten, dass der unter den deutschen Aerzten in New York wohlbekannte Apotheker Otto Frohwein, 76 Columbia Str., einen Cocawein präparirt, welcher, was Qualität sowohl des benutzten Weines, als auch der Cocablätter betrifft, nichts zu wünschen übrig lässt. Auch die Zubereitung ist eine solche, dass jeder Arzt Frohwein's Cocawein mit Vertrauen ordiniren kann.

Die Jerome Kidder Manuf. Co., 820 Broadway, New York, fabrizirt seit einer langen Reihe von Jahren elektro-medizinische Apparate von solcher Vorzüglichkeit, dass wir den Lesern der „Presse" rathen, vor Ankauf einer Batterie die genannte Firma um Zusendung ihres illustrirten Kataloges zu ersuchen.

Dr. B. R. Morrow, New York, hat mehr als 300 verschiedene Fälle von Rheumatismus mit Griffith & Co.'s Comp. Mixt. Guiac. and Stilling. behandelt. Nur in 3 Fällen (kaum 1 Proz.) hatte Dr. Morrow keinen Erfolg.

Bücherschau.

Outlines of the Pathology and Treatment of Syphilis and Allied Venereal Diseases, by Hermann von Zeissl; Second Edition, revised by Maximilian von Zeissl. Translated, with notes, by H. Raphael, M. D. New York: D. Appleton & Co., 1886.

Durch die Uebersetzung dieses allbekannten Grundrisses der Syphilis, hat der Uebersetzer sich das anerkennungswerthe Verdienst erworben, diese gründliche Abhandlung den englischredenden Kollegen zugänglich zu machen. Ungleich manch' anderen Kompendien finden wir nicht bloss eine rein schematische Darstellung, sondern eine gründliche Besprechung der Pathologie der Syphilis, ohne jedoch, wie im grösseren Werke Zeissl's, sich auf weitschweifige Erläuterungen einzulassen. Obschon sich hie und da einzelne Germanismen in die Uebersetzung eingeschlichen haben, so hat doch Dr. Raphael uns eine getreue Wiedergabe des Originalwerkes geliefert, und durch Einschaltung von Anmerkungen den Werth der Abhandlung erhöht.

Unter dem Kapitel der Gonorrhöe finden wir die Eintheilung des Trippers in zwei verschiedene Formen, eine durch einfache Irritamente verursachte — der initiative Katarrh — die zweite, die virulente, durch ein spezifisches Kontagium bedingt.

Abortivbehandlung, sowie frühe Darreichung von balsamischen Mitteln werden verworfen. Gegen *chorda venerea* empfiehlt Raphael in einer Anmerkung abendliche Einspritzungen von Cocain. Die endoskopische Behandlung hat keine brillianten Resultate geliefert. Von innerlichen Mitteln, bleibt noch immer der Copaivabalsam als das bevorzugte, während die Grimault'schen Maticokapseln sich auch wirksam erwiesen.

Der gonorrhöische Rheumatismus wird als eine accidentelle Komplikation des Trippers angesehen, eine Ansicht, die wohl durch das Auffinden des *Gonococcus* in Gelenksergüssen nicht länger stichhaltig ist.

Wie auch im grösseren Werke Zeissl's, werden die Strikturen etwas stiefmütterlich abgehandelt und die graduelle Dilatation empfohlen, während Raphael die interne Urethrotomie mit Recht in denjenigen Fällen gelten lässt, wo eine rasche Kur erstrebt wird.

In dem Kapitel über Syphilis wird dem strengen Dualismus gehuldigt, und werden die Ansichten der Autoren bis auf den gegenwärtigen Stand der Syphilis-Frage angeführt.

Unter der Aufführung der Syphilide bemerken wir mit Bedauern die Beibehaltung solcher Bezeichnungen wie *Roseola*, *Varicella*, *Akne* und *Psoriasis syphilitica* — Bezeichnungen die den Studirenden verwirren müssen, und durchaus nicht gut gewählt sind.

Aus der Feder des Uebersetzers stammt noch die Beifügung eines Kapitels über "gallopirende Syphilis."

Im ganzen bestätigen wir nochmals die treue Wiedergabe der bekannten Ansichten Zeissl's.

Druck und Ausstattung entsprechen allen billigen Anforderungen. A. F. B.

(Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Broschüren :)

The Surgery of the Pancreas as based upon Experiments and Clinial Researches by N. Senn, M. D.; Reprint from *Transactions of the Am. Surgical Association*, April 29th, 1886.

Erysipelas and other septic and infectious diseases incident to injuries and surgical operations prevented by a method of Atmospheric Purification, with report of cases by David Prince, M. D., Jacksonville, Ill. Reprint from *The Amer. Practitioner and News* April 3rd and 17th, 1886.

Method in Medical Study, by Charles H. May, M. D.; Reprint from *N. Y. Med. Journal*, Sept. 18th 1886.

Annual Report of the Commissioner of Pensions to the Secretary of the Interior for the year ended, June 30th, 1886.

Report of the Board of Managers of the Pennsylvania Hospital; Meeting held Fifth Month 3rd, 1886.

Ueber das Verhältniss der modernen Chirurgie zur inneren Medizin; Vortrag vor der Versammlung der Naturforscher und Aerzte am 24. Sept. 1886 von Dr. von Bergmann, Geh. Med.-Rath und Professor in Berlin; Aug. Hirschwald, Berlin 1886.

The Physicians, Visiting List (Lindsay & Blakiston's) for 1887; 36th year of its publicatior; P. Blakiston Son & Co.; 1012 Walnut Str., Philadelphia, Pa.

A contribution to the Study of Tumors of the Spinal Cord, by B. Sachs, M. D. — Repr., *Journ. of nerv. and ment. dis.* — November, 1886.

Manual of Operative Surgery, by Jos. D. Bryant, M. D. — D. Appleton & Co., New York, 1887.

A Text-book of Medicine for Students and Practitioners, by Dr. Adolf Strümpell, Professor, etc. Translated by permission from the 2d and 3d German Editions by Dr. Herman F. Vickery and Dr. Phil. Coombs Knapp. — D. Appleton & Co., New York, 1887.

Clinical Therapeutics, by Dr. Dujardin-Beaumetz. G. S. Davis, Detroit, Mich.

Palatable Prescribing, by B. W. Palmer, A. M., M. D. G. S. Davis, Detroit, Mich.

Von der "*Physicians' Leisure Library*," George S. Davis, Detroit, Mich.:

Inhalers, Inhalations and Inhalants, by Beverley Robinson, M.D.

The Use of Electricity in the Removal of Superfluous Hair, and in the Treatment of Various Facial Blemishes, by Geo. H. Fox, M. D.

New Medications, by Dujardin-Beaumetz, M. D. Translated by E. P. Hurd, M. D.

The Modern Treatment of Ear Diseases, by Samuel Sexton, M. D.

Spinal Irritation, by Wm. A. Hammond, M. D.

The Modern Treatment of Eczema, by H. G. Piffard, M. D.

Antiseptic Midwifery, by H. J. Garrigues, M. D.

Granular Lids and Contagious Ophthalmia, by W. F. Mittendorf, M. D.

Pregnancy, Parturition and the Puerperal State and their Complications, by Paul F. Munde, M. D.

Practical Bacteriology, by Thos. E. Satterthwaite, M. D.

Zuwachs von Wechselblättern:

The Sei and Kwai Med. Journal, ed. and publ. by the Sei and Kwai or Society for the advancement of Medical Science in Japan (formerly *Transactions of the Sei and Kwai*). Tokio, Japan. [Durch die gütige Vermittlung des Herrn Dr. Disse.]

The Peoria Med. Monthly; Ed. Dr. T. M. Mellvaine and Dr. O. B. Will; Peoria, Ill.

Archives mensuelles de Médecine et de Chirurgie Pratiques; Ed. Dr. Stocquart, Brüssel, Belgien.

The Journal of Nervous and Mental Diseases; Dr. B. Sachs, Editor. Die Publikation dieses tüchtigen Fachblattes ist in die Hände der Herren H. J. Vail (Astor Place) übergegangen.

The American Journal of Ophthalmology; A. Alt, (St. Louis), Editor; Dr. J. Aub, (Cincinnati), Co-Editor; — J. H. Chambers & Co.

St. Louis Medical and Surgical Journal; Dr. S. L. James and Dr. A. H. Ohmann-Dumesnil, Editors; Dr. F. M. Rumbold, Business Manager.

The Pittsburgh Medical Review. (Vol. I., No. 1.)

Personalien etc.

Die Redaktion der Wiener Med. Presse ist von Prof. Dr. Schnitzler auf den durch verschiedene Arbeiten — namentlich auf dermatologischem Gebiete — vortheilhaft bekannten Dr. Anton Bum übergegangen.

Prof. Dr. von Arlt befindet sich dauernd auf Besserung.

Der ärztliche Nachtdienst ist in Wien gegenwärtig unter Diskussion zwischen Magistrat, Stadtphysikat und dem medizinischen Doktoren-Kollegium. Originell, wenn auch praktisch durchaus begründet, ist der Vorschlag, einen Vormittagsdienst statt des Nachtdienstes einzuführen, da dies die Zeit sei, in welcher fast kein einziger Arzt zu Hause. Für den Nachtdienst genügen die Stadt-Polizeiärzte etc.; überdies seien die meisten Aerzte zu Hause, kämen dem Rufe in der Regel bereitwilligst nach und seien Klagen über Verweigerung nur sehr vereinzelt.

Prof. Palasciano, ein bekannter Chirurg, bewarb sich seit Jahren um eine Stelle im (italienischen) Unterrichtsministerium. Als sie ihm kürzlich verliehen, wurde der Unglückliche vor Freude wahnsinnig.

Privatdozent Dr. von Zeissl ist auf seiner Studienreise durch Dalmatien zu der Ansicht (Kaposi's) gekommen, dass die sog. Skrljevo-Krankheit eine Form der hereditären Syphilis sei. Die Indolenz der Bevölkerung sei ursächliches Moment.

Kaum ist die unerquickliche Poliklinik-Debatte in Wien vergessen, so wirft ein anderer Gegenstand Wogen und Schaum auf. Billroth behauptet in seinen „Aphorismen", man solle der Ueberfüllung im medizinischen Studium durch Beschränkung der Hörerzahl abhelfen, während Albert die ungenügenden Unterrichts-Einrichtungen als wirklichen Uebelstand betrachtet und behoben wissen will.

Beiden Professoren wurden bei ihren resp. Antrittsvorlesungen demonstrative Ovationen dargebracht.

Dr. Lustgarten hat sich als Dozent für Dermatologie an der Wiener Universität habilitirt.

Die Physiologie-Professur an der Universität Santiago di Chile ist noch immer unbesetzt. Da bis jetzt noch keiner der (von uns stets namhaft gemachten) Herren den Muth besass, anzunehmen, so ist der bisher wohl für diese Zwecke ungebräuchliche Weg des Annoncirens betreten worden. Da das Anerbieten auf 15,000 Francs Gehalt und freie Hin- und Rückreise (eventuell mit Familie) lautet, so ist das für den Uneingeweihten gewiss befremdlich.

Ein Rivale des Kautschukmannes wurde vor Kurzem dem bekannten Anthropologen Prof. de Quatrefages in Paris vorgestellt und von demselben untersucht.

Todtenliste.

Paul Bert, einer der tüchtigsten französischen Experimental-Physiologen. Durch Annahme des *Portefeuilles* für den Unterricht — seinem Freunde Gambetta zu Liebe — gerieth B. leider aus der wissenschaftlichen in die politische, und zuletzt in die diplomatische Carriere, und starb in Tonkin, wohin er sich in einer diplomatischen Mission begeben.

Wilhelm Zlamàl, Professor emeritus der Veterinärkunde in Buda-Pesth.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

H. IMHOF,
APOTHEKER,
189 East Broadway, cor. Jefferson Street,
NEW YORK.

THOMAS LATHAM,
APOTHEKER,
3. Ave. & 75. Street, NEW YORK.
(vormals bei Eimer & Amend),
erbittet sich die Patronage der Profession. Aerzten die Zusicherung, dass ich Recepte *lege artis* und mit ausschliesslicher Benützung der besten Droguen bereite.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. III. New York, Januar 1887. No. 2.

Ueber die Behandlung des Pyothorax.

Von Dr. Carl Beck,
Chirurg an der *Deutschen Poliklinik*, sowie am *Logen- und Vereinshospital der Stadt New York.*

Vortrag, gehalten in der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 6. December 1886.

Im Lauf der letzten vier Jahre hatte ich 23mal Gelegenheit, die Rippenresektion wegen *Empyema pleurae* auszuführen. Aus diesem Anlass kam ich in die Lage, mich des Oefteren über die ausserordentlich verschiedenen Ansichten einer Anzahl sehr achtungswerther Kollegen in Betreff der Methoden und des Zustandekommens der Heilung des Pyothorax zu wundern und dann zu meinem Bedauern zu konstatiren, dass man meist die Ausführung der Operation auf das Aeusserste hinausgeschoben hatte. Ich halte es desshalb für opportun, Ihre Aufmerksamkeit auf die wichtigsten Punkte bei der Empyemtherapie hinzulenken, zumal die Lehrbücher sehr spärliche Auskunft hierin geben.

In so ziemlich allen Lehrbüchern der Chirurgie findet man die Behauptung, dass j e d e r Arzt im Stande sein müsse, Operationen wie Tracheotomie oder Herniotomie auszuführen. Dagegen erscheint es sonderbar, dass man die Operation des Pyothorax, welche doch entschieden viel weniger Geschicklichkeit erfordert als der Luftröhren- oder Bruchschnitt, zumeist den Spezialisten überlässt. Die erstgenannten Eingriffe erscheinen freilich häufig durch die unmittelbare Gefahr geboten, der letztgenannte kann oft leider Gottes *ad Calendas graecas* hinausgezögert werden. Oder sollte der wunde Punkt darin liegen, dass die Symptome, welche Luftröhren- oder Bruchschnitt indiziren, von Aufang an mit überwältigender Klarheit hervortreten, während die Erscheinungen der eiterigen Pleuritis dem vielbeschäftigten, *vulgo* oberflächlich untersuchenden Arzt erst dann imponiren, wenn dieselben nach wochenlangem Bestand sich mit aller Wucht präsentiren — wenn der Patient zum Skelett abgemagert ist und das Oedem der kranken Brusthälfte sozusagen die trauernden Naturkräfte illustriren möchte, welche in ihrem Bestreben, den Eiter nach aussen zu forciren, so schlecht verstanden und nachgeahmt wurden?!

Die Diagnose des Empyems ist nicht schwierig. Wenn eine Erkrankung der Brusthöhle, mit hohem Fieber beginnend, nach 2 bis 3 Wochen einen hektischen Charakter annimmt, Druckempfindlichkeit und intensive spontane Schmerzen bestehen, entsprechend einer ausgebreiteten Dämpfung, über welcher man auch kaum Athemgeräusch hört, so soll man den Verdacht hegen, dass ein Erguss vorliegt, dessen Charakter man ja so leicht und ungefährlich durch die Probepunktion ergründen kann. Wenn man wirklich in die Lunge mittelst einer dünnen, wohl desinfizirten Nadel stechen sollte, so folgt hierauf nachgewiesenermaassen keinerlei Reaktion. Ergibt die Probepunktion Eiter,

so ist es klar, dass derselbe sofort entleert werden muss und dass nun die Behandlung genau unter dieselben Betrachtungen fällt, wie die jedes Höhlenabszesses, dessen Therapie doch anerkanntermaassen in der möglichst frühen Eröffnung mit weitem *Lumen*, in Drainage und Antisepsis zu bestehen hat.

Man hält einem so frühzeitigen Eingreifen entgegen, dass doch auch Spontanheilungen vorkommen, also operire man doch, wenn man prinzipiell früh eingreife, öfter unnöthiger Weise, und dann wäre überhaupt der Verlauf günstiger, wenn solch' ein *Empyema necessitatis* durchbräche. Ueberhaupt solle man nur bei unmittelbar drohender Erstickungsgefahr operiren.

Zu den Verfechtern dieser Ansicht gehörte sogar der geniale Dupuytren, welcher bekanntlich an Empyem starb und die Operation mit den Worten verweigerte, er wolle lieber von der Hand Gottes, als von Menschenhand sterben. Er hatte allerdings unter 50 Empyemoperationen blos 4 Erfolge erzielt, während die exspektative Methode nur eine Sterblichkeitsziffer von 80 Prozent aufwies. Er verstand freilich, wie leider noch viele Aerzte der Gegenwart, unter Operation des Empyems die Parazentese desselben. Diese ist nach dem heutigen Standpunkt der Chirurgie als ein völlig ungenügender Eingriff anzusehen, obgleich sie nachgewiesenermaassen eine Anzahl Kinder schnell und total hergestellt hat. (Ich selbst habe vor längerer Zeit einmal ein Empyem nach Scharlach bei einem 4-jährigen Knaben durch einmalige Punktion heilen sehen.) Sehr selten gelingt es jedoch, einen Erwachsenen durch die Parazentese zu kuriren.

Man wird zugeben müssen, um mich der Worte von Prof. Albert in Wien zu bedienen, „dass hier die vollste Analogie mit dem Auspumpen anderer Abscesse, so insbesondere der eiterigen Bubonen, besteht." Auch da hat man mit allerhand Aspirationsinstrumenten wiederholt operirt und ab und zu eine Heilung eintreten sehen.

Das ist gewiss ebenso interessant als umständlich, feig ebenso vom Arzte, wie vom Kranken; mystisch von beiden: muthig und klar ist die Eröffnung des Abscesses. Diese ganze Spritzenchirurgie erinnert zu sehr an die Hebammen!

Die antiseptisch arbeitenden Chirurgen können nur die Methode breiter Eröffnung als eine logische Folgerung ihrer sonstigen Ueberzeugungen anerkennen. Leider kommt aber die grössere Anzahl der Epyeme nicht in die Hände von Chirurgen, sondern der nicht operirenden inneren Kliniker. Damit ist der mit ihr rivalisirenden Methode der Punktion umso mehr ein breites Feld gelassen, als sie auch den Wünschen der Kranken entspricht. Denn ein Nadelstich ist ja keine Operation. Arzt und Patient entschliessen sich ungleich leichter zu diesem Eingriff, und zwar umso mehr, als er ja doch ohnehin zur exakten Begründung der Diagnose in kleinerem Massstabe für nothwendig erachtet wird

Wenn es sich um Kinder handelt, bei welchen die Kapazität der Lunge bedeutender und die Thoraxwände nachgiebiger sind, kann man wohl die Parazentense einmal versuchen. Schon am folgenden Tage wird man merken, ob die Lunge nachrücken will. Nach König, dem warmen Fürsprecher der Rippenresektion, konnte man sich vielleicht höchstens bei sehr heruntergekommenen Kranken für Troicarentleerung entschliessen. Ich glaube indess, wenn man überhaupt bei einem kachektischen Individuum einen Eingriff wagt, dann kann man gerade so gut eine ausgedehnte Eröffnung riskiren als die auf die Cirkulationsver-

hältnisse denselben Einfluss übende Punktion. Jedenfalls ist die Wiederholung der Punktion jedes Mal ein Schaden an Leben und Gesundheit des Kranken — selbst zugegeben, dass vielleicht noch ein oder der andere Fall in Folge solcher wiederholten Abzapfungen geheilt werden kann. Das heisst eben *Hazard* gespielt!

Es ist absolut sicher, dass bei einem frischen, einfachen Empyem — nicht bei alten, fistulösen, mit Lungenverwachsungen verbundenen Fällen — das Fieber mit der Entleerung des Eiters sofort abnimmt, der Patient Appetit bekommt, dass sein Körpergewicht zunimmt und er mit wenigen Ausnahmen in 3 bis 8 Wochen gesund ist. Da nun die Punktion den Eiter gerade so gut ablässt, so können manche die Vorzüge der Resektion vor der Punktion nicht recht einsehen. So hat ein namhafter Arzt vor mehreren Jahren eine geistreiche Polemik gegen einen hervorragenden deutschen Chirurgen geführt, in welcher er die Verhältnisse der Pleuren mit denen des Kniegelenks verglich, bei dessen Punktion man ja auch schon gute Resultate erzielte. Ja, aber viel bessere erzielt man auch hier durch die Schnittbehandlung, da man doch bei dieser im Stande ist:

1. Das sich nachträglich entwickelnde Sekret auch noch durch eine Oeffnung ausfliessen zu lassen, und

2. Durch einen antiseptischen Verband die Zersetzung der Sekretion zu verhindern.

Sehr überzeugend spricht hierfür auch die Statistik.

Dr. Karl Schmidt in Dorpat hat vor Kurzem sich der Mühe unterzogen, eine Kasuistik zusammenzustellen, welche bis Dato als die umfangreichste in der Literatur gelten dürfte. Nach dieser liefert die radikale Operation des Empyems die besten Resultate—noch nicht 40% Mortalität. Er hat allerdings namentlich das idiopathische Empyem im Auge und schliesst Phthisis, maligne Tumoren und Traumen aus.

Aus einer weiteren Zusammenstellung des Privatdozenten Dr. E. A. Homén in Helsingfors, welche 141 Fälle umfasst, entnehme ich folgende Angaben und Resultate bei 91 mit der Inzisionsmethode behandelten Empyemen, die sich wie nachstehend vertheilen:

Kussmaul	10	Fälle.
Moutard Martin	17	"
Quincke	11	"
Lebert	10	"
Bull (Christiania)	29	"
Ribbing	6	"
Bauer	2	"
König	2	"
Homén	4	"

Es trat vollkommene Genesung ein in 43, Tod in 27 und Fistelbildung in 21 Fällen.

Bei 50, ebenfalls mit der Inzisionsmethode und Kanüle antiseptisch nachbehandelten Fällen:

Von Fraentzel 26,
auf Frerich's Klinik 24,
(veröffentlicht durch Landgraf),

genasen 21, starben 20 und behielten eine Fistel 9.

Im Ganzen also wurden von 141

geheilt 64,
starben 47,
behielten eine Fistel 30.

Sehr bedeutungsvoll erscheint hier die Thatsache, dass unter 141 einfachen Empyemen nicht weniger als 30 mit Fisteln entlassene Patienten figuriren, von denen gewiss später noch eine Anzahl zum Hades hinabgestiegen ist. Es wäre also schon deshalb die Inzisionsmethode, wenn man sie auch noch so hochtönend als Radikaloperation bezeichnet hat, eine unvollkommene. Ich komme hier auf den Brennpunkt meiner heutigen Darlegung.

Das Empyem ist ein Abszess und muss als solcher mit breiter Eröffnung behandelt werden. Es kommen aber hier noch weitere Verhältnisse in Betracht. Da bekanntlich die Oeffnung nach der Inzision sich sehr bald verengt, so dass Erweiterungen durch Schnitt, Dehnung durch die Branchen einer Kornzange, Pressschwamm oder Laminaria nothwendig werden, alle diese Methoden aber nicht blos einen nur vorübergehenden Erfolg haben, sondern auch schliesslich dem Kranken unerträglich werden, so hat schon im Jahre 1859 Roser den, wie König sagt, weisen Rath gegeben, zum Zweck der dauernden Erweiterung ein Rippenstück zu reseziren. (Wie Fraentzel in Ziemssen's spezieller Pathologie und Therapie behaupten kann, Roser hätte mit der Rippenresektion bei Empyem einen schlechten Rath gegeben, ist mir völlig unbegreiflich.)

Im Jahre 1869 zeigte Simon in seiner Klinik zu Heidelberg, dass zur Behandlung des Pleuraabszesses ausser einer dauernden Erweiterung noch ein anderer, gerade für das Empyem charakteristischer Faktor hinzukomme, das ist die Wiederadaptirungsfähigkeit der *Pleura pulmonalis* an die *Pleura costalis*. Die hierbei maassgebenden Betrachtungen lassen sich nach ihm mit dem Heilungsvorgang bei einer Mastdarmfistel vergleichen, welche aus dem Grunde hauptsächlich schwer oder gar nicht heilt, weil die dem Mastdarm zugekehrte Wand der Fisteln durch die häufigen Kontraktionen des *Sphincter ani* abgehoben wird. Wir spalten daher die Fisteln, d. h. wir durchtrennen den Sphinkter. Wir kennen ferner Knochenfisteln, welche nach Nekrotomieen centraler Sequester zuweilen zurückbleiben und absolut keine Tendenz zur Heilung zeigen. Sie bestehen Jahre lang. Sondirt man, so gelangt man nicht etwa auf einen zurückgebliebenen Sequester, sondern in eine mit schlaffen Granulationen austapezierte leere Höhle. Diese Höhle kann sich nicht schliessen, weil die starren Knochenwände nicht aneinander zu rücken im Stande sind und die Granulationen nicht verknöchern. Meisselt man die hohen Ränder einer solchen Kloake reichlich ab, verwandelt man die tiefe Höhle in eine flache Grube, so ziehen sich alsbald die nächstliegenden Weichtheile hinein, die Knochenfistel heilt aus, es entsteht die bekannte eingezogene Knochennarbe.

Bei länger bestehenden Empyemen finden sich ähnliche Verhältnisse wieder. Die vordere Wand derselben wird von den Rippen und Zwischenrippenräumen gebildet, die hintere von der *Pleura pulmonalis*, Die Rippen, hinten an der Wirbelsäule durch ein Gelenk, vorn am Sternum durch nachgiebige Knorpel, unten wieder durch Weichtheile verbunden, bilden gleichwohl einen ziemlich starrwandigen Ring um das *Cavum pleurae*. Eine Vergröserung oder Verkleinerung des Raumes kann nur durch Heben oder Senken der einzelnen Rippen, niemals aber durch ein Runder- oder Flacherwerden ihres Bogens erzeugt werden. Eine Verkleinerung insbesondere des Thorax durch Niederpressen oder Niederdrücken des Rippenbogens ist unmöglich. Bei älteren Empyemen steht schon die Thoraxhälfte in Exspirationsstellung, die Rippen sind gesenkt, ja sie rücken oft so nahe zusammen, dass sie gerade auf-

einander stehen. Das *Spatium intercostale* ist also völlig verschwunden. Hier ist die Grenze der Verkleinerung an der vorderen Wand des Empyems erreicht. Die hintere, von der Lunge getragene Wand des Abszesses ist beweglicher und nachgiebiger. Sie verdankt die Beweglichkeit aber nur der hinter ihr liegenden Lunge und ist von dieser durchaus abhängig. Entfaltet sich nach einer eiterigen Pleuritis die Lunge wieder vollständig, nähert sich die bewegliche hintere Abszesswand der vorderen starren vollständig, so tritt Heilung ein. Sind dagegen Verdichtungen der Lunge zurückgeblieben, oder haften dicke Schwarten und Pseudomembranen-Theile der Lunge im tieferen Thoraxabschnitt fest, so ist auch die hintere Abszesswand unnachgiebig geworden, das Empyem verhält sich ganz so wie eine alte Knochenkloake. Machen wir nun in solchen Fällen die vordere Wand beweglich, indem wir aus einem oder mehreren Rippenbogen ein Segment reseziren, so kann jedes Stück für sich dem Narbenzuge folgen; die Vorderwand nähert sich der starren hinteren und der Abszess heilt.

Die Rippenresektion, welche ich als Normalverfahren für jedes einmal ohne Erfolg punktirte Empyem betrachtet wissen möchte, gewährt aber ausser den denkbar günstigsten Chancen für freien Abfluss und Wiederanlegung der Pleuren noch andere Vortheile:

Man schafft durch die grosse Oeffnung hinreichenden Raum, um auch die Abszesshöhle zu einem grossen Theil inspiziren zu können; ferner die Möglichkeit, mit den Fingern einzugehen und Auflagerungen zu entfernen.

Als Illustration hierzu möchte ich erwähnen, dass bei meinem Fall No. 2, einer 56 Jahre alten Frau, welche noch 14 Tage nach der Resektion beständig an einer *Febris hectica* litt, so dass ihr Zustand mir grosse Sorge bereitete, ich nach allen möglichen erfolglosen antiseptischen Massregeln das Fieber vollständig coupirte, indem ich durch Hineingehen mit den Fingern mich von dem Vorhandensein derber, kräftiger Auflagerungen namentlich auf der *Pleura pulmonalis* überzeugte und dieselben leicht entfernen konnte. Bei einer kleinen Oeffnung hätte ich die Diagnose unmöglich machen und demzufolge die Patientin, welche sich jetzt noch nach 4 Jahren der besten Gesundheit erfreut, kaum retten können. Soweit ich die Literatur übersehe, ist bis dato nirgendwo auf die Wichtigkeit dieses Verfahrens hingewiesen worden.

Ich kann auch nicht einsehen, inwiefern die Rippenresektion gefährlicher sein soll als die Inzision. Ich möchte eher das Gegentheil behaupten. Die meisten Autoren sind darüber einig, dass die Resektion weniger blutreich ist. Bei der Inzision kann man auch die Interkostalarterie viel leichter verletzen; hat sich doch erst kürzlich auf der Billroth'schen Klinik eine kopiöse Blutung aus derselben ereignet nach einer blossen Punktion.

Ich kann einige zwanzig hiesige Kollegen als Zeugen dafür anrufen, dass bei nahezu allen Rippenresektionen, die ich ausführte, kaum mehr als ein Theelöffel voll Blut jeweils verloren ging. Wenn also die Resektion nicht gefährlicher ist als die Inzision, warum entschliesst man sich nicht sogleich dazu? So lange unsere diagnostischen Hilfsmittel derart unvollkommen sind, dass wir nicht mit Sicherheit vor der Operation angeben können, ob die Lunge sich nach der Entleerung des Abszesses akkomodiren wird oder nicht, sollte man den Eingriff von vornherein so einrichten, dass allen möglichen nachher eintretenden Eventualitäten Rechnung getragen werden kann. Wie unangenehm, wenn man

dem Patienten versprochen hat, ihn durch die Inzision zu heilen, und nach mehreren Wochen muss dann doch noch resezirt werden! Wie viel fataler, wenn Fisteln zurückbleiben, welche auch nach Jahren nicht geheilt sind. Solch' ein Fall schädigt die Reputation des Arztes mehr als zehn Todesfälle. Denn der Fistelbesitzer schiebt alles nachfolgende Unheil dem Operateur allein in die Schuhe.

In den letzten Jahren sind von Schede und auch von Estlaender (Professor in Helsingfors) Versuche gemacht worden, durch eingreifende Nachoperationen solche veraltete Fälle zu heilen.

Schede entfernt die Rippen über der Abszesshöhle total und strebt eine Verwachsung der Haut mit der *Pleura pulmonalis* an (Thoraxplastik). Näheres ist mir über seine Resultate leider noch nicht bekannt. Estlaender resezirte mehrere, manchmal sechs Rippen unter Umständen, in mehreren Sitzungen. Seine Resultate sind nichts weniger als ermuthigend. Er erzielte unter 8 Fällen zweimal Genesung, viermal eine Verkleinerung der Höhle, zwei starben. Wenn die frühe Resektion weiter keinen Vorzug vor der Inzision hätte, als die Möglichkeit der Hinterlassung so trauriger Zustände zu verringern, so wäre dies allein schon genügend, sie bei Weitem vorzuziehen.

Was die Vornahme der Resektion selbst betrifft, so pflegte ich im Hinblick auf die gestörten Respirations- und Cirkulationsverhältnisse zumeist nicht zu narkotisiren. Nur der Hautschnitt ist sehr schmerzhaft, und lasse ich bisweilen, um nur den Patienten zufrieden zu stellen, einige Tropfen Chloroform aufgiessen. Unannehmlichkeiten hatte ich während der Operation niemals zu erfahren. Nach vorhergegangener antiseptischer Reinigung der Achselhöhle und des Operationsfeldes durchtrennt man ein etwa 8 cm. langer Schnitt Haut- und Weichtheile bis auf die 6. oder 7. Rippe (in der hinteren Axillarlinie).

Das Periost wird in der Mitte der Rippe parallel bei ihrer Längsachse inzidirt und mit einem Raspatorium rund herum abgelöst. Ein Assistent zieht Haut und Weichtheile mit stumpfen Haken hinauf. Unter das sternale Ende der entblössten Rippe wird nun ein gebogenes Elevatorium geführt und unter dessen Schutze die Kontinuität der Rippe vermittelst Stichsäge oder Knochenscheere durchtrennt. Das Rippensegment wird dann mit einer starken Kornzange fixirt, und unter den obigen Schutzmassregeln wird das Rippenstück in der Länge von 3 bis 6 cm. oder noch mehr abgetrennt. Bei grossen und bei jauchenden Exsudaten wird man zweckmässiger Weise gleich mehr als eine Rippe reseziren, weil man hier von vornherein weniger Aussichten hat, dass die Pleuren aneinander rücken. Nun präsentirt sich die *Pleura costalis*. Es erscheint nach Mosetig-Moorhof geboten, die ganze Wunde mit Jodoform einzureiben, denn wenn jetzt die Pleura inzidirt wird, strömt das Exsudat über die frische Wunde. Manche Aerzte rühmen sich der raffinirtesten Antisepsis, gekrönt durch den *Carbolspray*, und lassen dabei sonder Gewissensbisse Eiter oder Jauche sich über die Wunde ergiessen. In *Langenbeck's Archiv* (Jahrg. 1884) schreibt ein bedeutender Chirurg:

„.....Die Operation wurde unter streng antiseptischen Kautelen und dem *Carbolspray* vorgenommen," und einige Zeilen weiter unten:

„Nach Durchschneidung der Rippe riss die kaum verdickte Pleura ein und ergoss sich der eiterige Inhalt des Thorax nach aussen."

Man nimmt sich eine halbe bis drei dreiviertel Stunde Zeit, den Eiter, abfliessen zu lassen. Eine vorzügliche Wundöffnung erreicht man, wenn man — vorausgesetzt, dass die Pleura nicht allzu schwartig ver-

dickt ist — die durchschnittenen Pleuraränder hervorzieht und sie mit den eingestülpten Hauträndern vernäht. Man bildet demnach eine Lippenspalte, welche nicht granulirt und einen künstlichen Pleuramund vorstellt. Ich würde vorschlagen, das Verfahren Pleurostomie zu nennen. Ich bediene mich zur Naht öfters der Langenbeck'schen Gaumennadel. Hierdurch wird auch das Einlegen eines Drainagerohres überflüssig, da die sehr weite Oeffnung genügend Raum zum Abfluss lässt. Will man doch auf dem Drain bestehen, so befestigt man zwei Sicherheitsnadeln in Form eines Kreuzes an der Röhre und umwickelt sie mit antiseptischem Verbandstoff, wodurch das Einrutschen in den Thorax verhindert wird.

Bei *Pus bonum et laudabile* habe ich es unterlassen, Einspritzungen zu machen. Bei jauchenden Empyemen, oder wo die Temperatur über 100° F. stieg, wandte ich früher 2-proz. Chlorzinklösungen, in letzter Zeit einhalb promillige Sublimatlösungen an. Bei starker Sekretion spülte ich früher beinahe täglich mit essigsaurer Thonerde (nach Lister's Rath) aus; in letzter Zeit habe ich, nachdem der Geruch des Sekretes beseitigt war, fast gar nicht mehr irrigirt, sondern täglich einige Esslöffel voll einer Jodoformemulsion eingegossen. Als Bedeckung gebrauchte ich früher den typischen Lister-Verband, seit den letzten 2 Jahren Jodoformgaze oder den auf der deutschen Poliklinik gebräuchlichen Sublimatlint und darüber antiseptisch Jute oder Holzwolle.

Von meinen 23 Fällen sind 11 total geheilt (darunter 4 Kinder), 2 unvollständig und 10 gestorben (darunter 3 Kinder). Wenn man bedenkt, dass unter den 10 Verstorbenen nur 3 Fälle von idiopathischer Pleuritis sich befanden, welche viel zu spät zur Operation kamen, bei den übrigen aber schon viele Monate vorher sich Symptome anderweitiger Lungenaffektionen gezeigt hatten, so würde meine kleine Statistik als eine der günstigsten zu gelten haben. Es wäre mir also kein Fall von frühzeitig durch Resektion behandeltem einfachem Empyem gestorben.—Ich habe bis jetzt bei konstatirtem Empyem auch stets operirt, gleichviel ob Phthisis diagnostizirt war oder nicht.

Fall No. 8, von welchem wir sicher glaubten, dass er an Phthisis litte, da er Monate vor der Acquisition des Pleuraergusses ernste Lungenerscheinungen darbot, ist gegen alles Erwarten gut geheilt und beweist dadurch wohl am besten die Unzulänglichkeit der Diagnose. Andererseits fanden wir bei Sektion von Fall 19 u. 23, in welchen von mehreren Aerzten Tuberkulose als seit Monaten bestehend angenommen war, so spärlich Tuberkel, dass es den Eindruck machte, als habe ursprünglich eine eiterige Pleuritis vorgelegen, deren langer Bestand erst die tuberkulöse Infektion vermittelte. Es wäre ja auch wirklich wunderbar, wenn die monatelange Retention so grosser Eitermassen keine Infektion der Lunge hervorriefe.

Fall 11, 4 Jahre alter Junge, heilte in 18, Fall 10, ein 2 Jahre altes Mädchen, in 10 Tagen völlig. Als ich letzteren Fall aspirirte, entleerte ich höchstens 2 Unzen Eiter; als am folgenden Tag die Dämpfungslinien dieselben geblieben waren und der Allgemeinzustand des Kindes in nichts eine Aenderung erfahren hatte, resezirte ich und brachte mit Hülfe meiner Finger eine Menge eingedickter, zäher, eiteriger Massen heraus. Durch die Inzision hätte man dieselben wohl kaum herausbefördern können. Der Irrthum wäre auch nahe gelegen, die aspirirte Eitermenge als den gänzlichen Inhalt der Pleurahöhle und die Dämpfung als von Schwartenbildung herrührend anzusehen. (Ich habe,

beiläufig erwähnt, diesen Fall von Anfang an behandelt und 3 Wochen nach Eintritt der Erkrankung resezirt.)

Unter den unvollkommenen Heilungen figurirt eine 3½ Jahre bestehende Höhle, welche, soweit ich erfahren konnte, noch 1½ Unzen Flüssigkeit aufnehmen kann. (Der Patient geht seit über 3 Jahren seinen Geschäften nach.) Dieser unangenehme Ausgang würde, wenn ich nicht zur Zeit der Operation noch ängstlicher im Reseziren langer Rippenstücke gewesen wäre, wahrscheinlich vermieden worden sein.

Der andere derartige Fall, vor 4 Monaten operirt, hält jetzt 1 Unze Wasser. Die Auskratzung hat die Höhle noch etwas verkleinert, und will ich nun versuchen, ob das pneumatische Kabinet des Dr. Williams nicht die Pulmonalpleura in die Höhle hineindrängen kann.

Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug ungefähr 57 Tage. Unter den Gestorbenen befanden sich 7 Erwachsene und 3 Kinder. Drei derselben waren an idiopathischer Pleuritis erkrankt.

Fall 13, seit mehreren Monaten krank, von mehreren Aerzten wohl ein Dutzend Mal im Ganzen punktirt, wäre bei früherer Resektion sicher gerettet worden.

Fall 14, 48jähriger Mann, der ein halbes Jahr nach seiner Erkrankung erst operirt wurde, und wo Zweifel bezüglich Differenzialdiagnose zwischen idiopathischer und tuberkulöser Pleuritis herrschte, wäre wahrscheinlich durch frühen Eingriff geheilt worden.

Ebenso Fall 17, ein neunjähriges Mädchen mit Pleuritis nach Scarlatina, welches, erst 10 Wochen nach Beginn der Erkrankung zur Operation kommend, nach kurz zurückgekehrtem Wohlbefinden an erschöpfender Eiterung zu Grunde ging.

Fall 21, Phthisiker, ist dadurch bemerkenswerth, dass 5 Wochen vor der beginnenden Pleuritis meningitische Symptome vorhanden waren.

Ueber Fall 19 und 23 habe ich oben berichtet. Die übrigen 4 Fälle waren sämmtlich tuberkulös.

Bei Fall 20 habe ich bei einer Temperatur von 106° F. noch operirt und die fürchterlichen Beschwerden des Patienten wenigstens für mehrere Tage vor seinem Tode noch beseitigt. Zu Fall 18, einen 21jährigen jungen Mann betreffend, habe ich zu bemerken, dass derselbe dreiviertel Jahre früher an eiterigen Bubonen gelitten hatte und mit der Aspiration behandelt worden war. Später musste er dennoch inzidirt werden und soll dann bis zum Eintritt der akuten Pleuritis immer brustkrank gewesen sein.

Peyrot sagt: *„L'operation de la Pleurotomie n'est rien en elle-même, les soins consécutifs sont tout.“*

Wenn ich auch die Wichtigkeit der Nachbehandlung nicht verkenne, so glaube ich doch den Gedankengang vor der Operation weit über sie stellen zu müssen, und bin ich fest überzeugt, dass frühzeitig durch Resektion behandelte, genuine Empyeme mit wenigen Ausnahmen heilen, so dass die oben erwähnte Sterblichkeitsziffer derselben von nicht ganz 40 Prozent auf einige wenige Prozente herabgedrückt werden könnte.

Völlige Heilung.

		Alter.	Geschlecht.	Diagnose.	Ungefähre Heilungsdauer nach der Operation in Tagen.	Bemerkungen.
1.	M. L..	18	m.	Pleuropneumonia, vor 3 Wochen.	30	
2.	E. B...	56	w.	Pleuritis, vor 5 Wochen.	90	2malige erfolglose Aspiration Seitens der behandelnden Aerzte. Pat. war sehr heruntergekommen, als ich die Resektion vornahm. Nach der Operation beständig Fieber, bis ich die eiterigen Beschläge der Pleuren mit den Fingern losarbeitete.
3.	J. S...	30	m.	Pleuritis, vor 18 Tagen.	60	3malige Ausspülung im Ganzen.
4.	B. C..	4	m.	Pleuritis nach Scarlatina, vor 4 Wochen.	21	
5.	E. B..	14	m.	Pleuritis, vor 4 Wochen.	80	
6.	L. V...	6	m.	Pleuritis, vor 5 Wochen.	75	Vor der Operation bedeutendes Oedem der Brusthälfte.
7.	I. R...	40	m.	Pleuropneumonia, vor 4 Wochen.	100	Einmal vor der Operation vom behandelnden Arzt aspirirt.
8.	N. S...	29	w.	Vergleiche Bemerkungen.	100	Seit 2 Jahren Husten und Auswurf vorhanden; Spitzendämpfung; vor 4 Wochen erst bettlägerig erkrankt. Unklarheit, ob Tuberkulose oder einfache Pleuritis.
9.	W. L..	20	m.	Pleuritis, vor 6 Wochen.	50	Vor 2 Wochen und vor 5 Tagen vom behandelnden Arzte punktirt und ausgespült.
10.	O. D..	2	w.	Pleuropneumonia, vor 3 Wochen.	10	Von mir von Anfang an behandelt. Enorme Mengen eingedickten Eiters. Nachher absolut keine Sekretion. Keine Ausspülung.
11.	E. N..	4	m.	Pleuritis, vor 20 Tagen.	18	Von mir von Anfang an behandelt. Mässige Eitermenge. 4malige Ausspülung.

Unvollständige Heilung.

12.	J. S...	28	m.	Pleuritis, vor 4 Wochen.	....	Nach 8 Wochen Euphorie. Vermögen, leichte Arbeiten zu verrichten. Fistelbildung. Die Höhle, welche ich seit 3 Jahren nicht gesehen habe, soll augenblicklich 1½ Unzen Flüssigkeit aufnehmen können.
13.	C. E...	10	m.	Pleuropneumonia, vor 6 Wochen.	....	Nach 3 Wochen Euphorie. Nach 2 Monaten Höhle, welche 2 Unzen Wasser aufnimmt. Auskratzung und Ausfüllung mit Jodoformpulver. Jetzt, nach 4 Monaten, hält die Höhle noch eine Unze Wasser, so dass die Hoffnung auf langsame Heilung besteht.

. **Lethaler Ausgang.**

		Alter.	Geschlecht.	Diagnose.	Eintritt des exitus lethalis nach Tagen.	Bemerkungen.
14.	P. H..	48	m.	Seit ½ Jahr schwere Lungen - Symptome. Seit 2 Monaten Empyem nachweisbar.	60	Jauchiger Inhalt. Euphorie die nächsten 4 Wochen; beständig profuse Sekretion.
15.	N. J..	4	m.	Pleuritis vor 8 Wochen.	14	Nachher noch leichte Athmungsbeschwerden. *Status hecticus.* Viel Absonderung.
16.	T. F..	50	m.	Akuter Schüttelfrost, vor 5 Monaten erkrankt.	42	War vor dem vor 5 Monaten erfolgten Schüttelfrost gesund, behauptete, 12 Mal von verschiedenen Aerzten punktirt worden zu sein, sogar mehrmals mit einem einfachen Troicar. Nach der Resektion 4 Wochen lang Euphorie; dann Marasmus.
17.	J. K..	9	w.	Vor 10 Wochen Scarlatina. Seit 6 Wochen Dyspnöe.		Nachher Wohlbefinden. Ging unter völliger Abzehrung zu Grunde.
18.	D. N..	21	m.	Vor ¾ Jahren eitrige Bubonen. Vor 6 Wochen Pleuropneumonia.	5	Jauche. Exitus nach 5 Tagen. Die Temperatur fiel von 104½° F. nur um einen Grad.
19.	F. H..	29	m.	Tub. Pleuritis. Seit 4 Monaten bettlägerig.	7	Hat früher schon an Husten, Auswurf und zuweiligen Fieberbewegungen gelitten. Der seit 5 Wochen vor der Operation behandelnde Arzt stellt die Diagnose tuberkulöse Pleuritis. 2 Tage vorher Dyspnöe; Aspiration, nach welcher Patient nicht viel erleichtert sein will. Jauche. Euphorie eine Woche nach der Operation. (Kein Fieber!) Plötzlicher Tod, über den die Autopsie keine zufriedenstellende Erklärung gibt. In der stark komprimirten Lunge ganz vereinzelte Tuberkel. Die grossen Drüsenorgane frei.
20.	M. H..	24	m.	Pleuritis auf tuberkulöser Basis.	2	Seit 4 Wochen erst bettlägerig, will seit einem Jahre jedoch schon brustkrank gewesen sein. Jauche. Temperatur vor und nach der Operation gegen 105° F. im Rectum.
21.	F. S..	5	m.	Tuberkulöse Pleuritis.	30	Vor 5 Wochen meningitische Symptome. Oedem. Grosse Eitermenge.
22.	A. T..	51	m.	Tuberkulöse Pleuritis.	20	Seit einem Jahre brustkrank, seit 9 Monaten bettlägerig. Vor 5 Wochen punktirt. Das Exsudat soll hell ausgesehen haben und nicht von eiteriger Natur gewesen sein. War dann mit Diureticis und Alterantibus geplagt worden. Die

23.	L. W..	23	w.	Lungen-Tuberkulose.	26	Probepunktion am Tage vor der Operation ergab Eiter. Unbedeutende Erleichterung nach der Resektion. Seit 3 Monaten lungenkrank. Seit 4 Wochen Eiter im *Cavum pleurae* nachgewiesen, da man aber fest an Tuberkulose glaubt, so wird die Resektion als kontraindizirt erachtet. Da sie aber von dem Patienten verlangt wird, so wurde sie vorgenommen. Jauche. Bedeutende Besserung in den nächsten 10 Tagen. Nachher Erschöpfung. Abzehrung. Der Autopsiebefund genau wie bei Fall 19. Die Lunge hat das Ansehen einer atrophirten Leber.

Nachtrag:

Wenige Tage, nachdem ich den Vortrag gehalten, wurde mir Gelegenheit, einen 24. Fall erfolgreich zu behandeln.

Die Krankengeschichte ist kurz folgende: E. D., 7 Jahre alt, m., erkrankte vor 5 Wochen an *Typhus abdominalis*. Seit einer Woche Empyem, welches der behandelnde Arzt aspirirte, ohne Erleichterung zu schaffen. Bei der Resektion zeigt sich Jauche. Nach 2 Tagen ist die *Pleura pulmonalis* noch kaum durch die Taschen-Sonde zu erreichen.

Heute — 6 Wochen später — bis auf eine taubeneigrosse Höhle geheilt. 187 Zweite Avenue.

Chirurgische Tuberkulosen.

Vortrag, gehalten vor dem *Verein deutscher Aerzte zu St. Louis, Mo.*, in der Sitzung vom 26. November 1886, von Dr. L. T. Riesmeyer.

Seit der Entdeckung des Tuberkelbacillus sind eine grosse Anzahl der bedeutendsten Forscher thätig gewesen, die durch das Eindringen dieses Pilzes in die Gewebe verursachten Erkrankungen durch klinische Beobachtung sowohl, wie experimentativ näher zu ergründen. Es sind seitdem eine Anzahl pathologischer Veränderungen, besonders solche, welche in das Gebiet der Chirurgie gehören, als tuberkulös erkannt, und die Wege der Infektion, die Verbreitung der Tuberkulose im Körper, die Prophylaxis und Vererbung der Tuberkulose, sowie die Beziehungen derselben zur Skrophulose erörtert worden.

Es sind in Folge dessen auch für die Therapie der lokalen Prozesse bedeutende Anhaltspunkte gewonnen, so dass vor Allem die Indikationen für operatives Einschreiten mit grösserer Exaktheit klargestellt werden können. Früher sah man die Bildung sog. käsiger Herde als diagnostisches Merkmal der Tuberkulose an, bis Virchow nachwies, dass dieselben sich bei allen Entzündungsprozessen bilden können und nur die Erkennung von miliaren Tuberkeln in den Geweben zur Diagnose einer tuberkulösen Erkrankung berechtige.

Konnte man die Tuberkel mit Sicherheit nachweisen, so war man allerdings berechtigt, Tuberkulose zu diagnostiziren. Nun giebt es aber eine Anzahl tuberkulöser Prozesse, bei denen keine miliare Tuberkel zu finden sind, aber der Koch'sche Bacillus nachgewiesen werden kann, mikroskopisch, wie durch Kulturen und Impfversuche. Dahin gehören z. B. die skrophulösen Ulzerationen der Haut und Schleimhaut und der

Lupus. In manchen Fällen sind auch in tuberkulösen Lymphdrüsen keine Tuberkel zu entdecken, sondern nur eine massenhafte Anhäufung von Rundzellen und Riesenzellen, welch letztere in der Regel die Bacillen enthalten.

Unter den Tuberkulosen, bei denen chirurgische Eingriffe indizirt sind, sind hauptsächlich hervorzuheben: die Tuberkulosen der Knochen und Gelenke, der Sehnenscheiden, der Schleimbeutel, der Lymphdrüsen, des Hodens, der Haut und der Schleimhäute.

Zu der Tuberkulose der Knochen, Gelenke und Sehnenscheiden gehört fast ausnahmslos Alles, was früher als Caries, Pædarthrocace, Gliedschwamm, fungöse Entzündung u. s. w. bezeichnet wurde. Aehnliche Erkrankungen der Gelenke und Knochen kommen jedoch auch bei einigen Infektionskrankheiten—Osteomyelitis, Syphilis, akutem Gelenkrheumatismus und den Exanthemen—vor.

Von den Tuberkulosen der Schleimhäute kommen vor:

1. Tuberkulose der Zunge in Form von Geschwüren und in Form von Knoten, die leicht mit Krebs verwechselt werden können.
2. Tuberkulose des Gaumens und Rachens in Form flacher, linsengrosser und grösserer konfluirender Geschwüre mit gelbem Grund und meist mit mikroskopisch erkennbaren miliaren Tuberkeln zwischen den Ulzerationen, die leicht mit Lues zu verwechseln sind.
3. Ozæna tuberculosa, bestehend in Bildung tuberkulöser Geschwüre in der Nasenschleimhaut und scharf von der auf katarrhalischen Zuständen beruhenden sogenannten *Rhinitis scrofulosa* zu trennen.
4. Tuberkulöse Ulzerationen an den Lippen.
5. Tuberkulöse Mastdarmfisteln und das Analogon der letzteren, die mit Abszessbildung und fistulösen Wucherungen sich schleichend entwickelnde Perityphlitis.

Zur Tuberkulose der äusseren Haut und des Zellengewebes gehört:

1. Der Lupus.
2. Tuberkulöse Geschwüre, hauptsächlich bei jüngeren Individuen vorkommend, welche früher als skrophulöse Affektionen betrachtet wurden.
3. Die seltene primäre Tuberkulose und die aus ihr hervorgehenden Abszesse der tieferen Bindegewebsschichten.
4. Die hauptsächlich bei kleinen Kindern vorkommende furunkulöse Form der Haut- und Zellgewebstuberkulose in Gestalt fester, flacher Knoten unter der Haut (*gommes tuberculeuses*), die bald einschmelzen und durchbrechen.
5. Die von einem ostealen Herde ausgehenden Abszesse, welche sich durch die leicht abziehbare, von Miliartuberkeln durchsetzte Abscessmembran von Abscessen anderen Ursprungs unterscheiden.

Anschliessend an die Hauttuberkulose bleibt noch zu erwähnen, dass in der neuesten Zeit auch Tuberkelbacillen in den abgeschabten Epidermiszellen skrophulöser Ekzeme gefunden worden sind.

Die tuberkulöse Erkrankung der Schleimbeutel ist bisher nur bei den mit Bildung von Fibringerinnsel—*Corpora oryzoidea*—einhergehenden Hygromen mit Sicherheit festgestellt. Der erste hierher gehörige Fall wurde von Riedel aus der Göttinger Klinik mitgetheilt, und seitdem sind alle Reiskörperergüsse der Schleimbeutel und Sehnenscheiden an dieser Klinik genau beobachtet worden, und es fanden sich, wie König

in einer „Abhandlung über die Bedeutung des Faserstoffs für die pathologisch-anatomische und klinische Entwickelung der Gelenk- und Sehnenscheiden-Tuberkulose" hervorhebt, nur ganz ausnahmsweise Reiskörperchen, welche nicht dem Tuberkelbacillus ihren Ursprung verdankten. Die tuberkulösen Schleimbeutelergüsse haben ein besonderes Interesse, da sie über die Entstehung der fungösen Granulationen einigen Aufschluss geben. Die abgelagerten Faserstoffschichten, welche die Wand des Schleimsackes bedecken oder die Sehnen, welche durch den Sack verlaufen, umkleiden, verändern sich bald in ihrem Aussehen. Es wachsen Gefässe in sie hinein und es erscheinen zellige Bildungen, Tuberkel. Ganz vorn an der Grenze der Organisation des Faserstoffs erscheinen kugelförmige Ansammlungen von Rundzellen, in welchen man nicht selten Riesenzellen nachweist — ein Beweis dafür, dass die jüngsten Tuberkelknötchen nicht aus epitheloiden, sondern aus Rundzellen bestehen; denn mehr nach rückwärts, in dem bereits organisirten Gewebe, sind gleichzeitig Tuberkel, welche aus epitheloiden Zellen mit Riesenzellen bestehen, nachweisbar. Bei der Operation sind diese mit Tuberkeln durchsetzten Auflagerungen mit dem scharfen Löffel, Pinzette und Scheere abzulösen. König weist in der erwähnten Arbeit nach, dass in dem *Hydrops fibrinosus tuberculosus* der Gelenke sowohl, wie bei den granulirenden Gelenkentzündungen, die Bildung fungöser Granulationen auf ähnliche Weise zu Stande komme wie in den Schleimbeuteln; nur spielt bei ersteren die unter dem Einfluss der Entzündung gesteigerte Entwickelung der Zotten eine Rolle, auf letztere schlägt sich der Faserstoff nieder und organisirt sich.

König behauptet ferner, dass er durch zahlreiche Gelenkuntersuchungen bewiesen habe, dass in bei Weitem den meisten Fällen der Hydrops fibrinosus tuberkulöser Natur war, und doch gebe es noch mehr Fälle von *Hydrops fibrinosus non tuberculosus* in den Gelenken als in den Schleimbeuteln. Bei *Arthritis deformans*, chronischem Rheumatismus und manchen akut auftretenden Synovitiden sind die pathologisch-anatomischen und klinischen Erscheinungen im groben Bild dieselben, nur fehlen ihnen die Tuberkelknötchen und der Bacillus. Am Schluss stellt König den Satz auf, dass auch da, wo es sich bei der tuberkulösen Synovitis um eine wirkliche, anscheinend durch direkte Synovialgranulation gebildete Geschwulst in den Gelenkraum hinein handelt, in der Regel die Granulationsbildung nicht sowohl von der Oberfläche der Synovialis direkt, sondern erst durch Vermittelung des Faserstoffniederschlages, in den die Synovialgefässe hineinwachsen, entstanden ist.

In Anknüpfung an die Entwickelung der tuberkulös-fungösen Wucherungen ist es nun interessant zu erörtern, ob diese Wucherungen durch den Bacillus bedingt sind, oder ob die organisirten Fibrinablagerungen nur eine Prädilektionsstelle bilden für die Ansiedelung des Bacillus. Ob, mit anderen Worten, die entzündliche Reizung im Gelenk erst Anlass zur Entwickelung der Tuberkulose wird. Analoge Fälle sind ja bekannt. Z. B. entwickelte sich bald nach einem Trauma, welches beide Kniegelenke betraf, eine Tuberkulose in beiden Gelenken. Zwei Fälle sind berichtet, wo durch Schlag auf den Kopf eine *Meningitis tuberculosa* mit tödtlichem Ausgange entstand. Ich glaube nun, dass die Experimente des Hrn. Dr. W. Müller, Assistenten a. d. Chir. Klinik in Göttingen, uns über diesen Punkt Klarheit bringen. Diese Experimente hatten zwar nicht den Zweck, die Frage zu erörtern, ob der

Bacillus oder die fungösen Wucherungen das Primäre bei der tuberk. Gelenkentzündung bilden, sondern Dr. Müller hatte sich die Aufgabe gestellt, durch das Thierexperiment zu beweisen, dass die tuberkulösen Herderkrankungen der Knochen, wie ja wegen einer Reihe von Thatsachen anzunehmen war, durch die Blutbahn erfolgte. Bei einem dieser Versuche wurden einer Ziege zwei Theilstriche tuberkulösen Abszesseiters in die *Arteria tibialis* gespritzt, so dass nachweisslich ein Theil des Eiters in die *Arteria nutritia* gelangte. Das Thier ist vollständig wohl nach der Operation und die Wunde heilt reaktionslos. Vier Monate später etwas Hinken. Dies nimmt im Verlauf von weiteren neun Monaten ganz langsam zu, dabei entwickelt sich immer deutlicher eine Schwellung des Kniegelenks. Dreizehn Monate nach dem Versuche wird das Thier getödtet. Es findet sich ein typischer tuberkulöser Fungus genu. Ausgangspunkt ist ein grosser, keilförmiger, tuberkulöser Herd mit keilförmigem Sequester im *Condylus lateralis tibiae.*

Die Therapie der angeführten lokalen tuberkulösen Erkrankungen anlangend, gilt im Allgemeinen die Regel: Gründliche Exstirpation des betreffenden Herdes, und zwar soll in derselben Weise operirt werden wie für die malignen Tumoren, d. h., ein Theil des den Erkrankungsherd umgebenden Gewebes soll mit entfernt werden. Diese Regel ist jedoch nicht für alle Fälle zutreffend, ebensowenig wie man in allen Fällen nach dem von Koenig befürworteten Grundsatze verfahren kann, nur wegen der lokalen Erkrankung und nicht wegen der Gefahr der Allgemeininfektion zu operiren. Ein jeder Fall hat eben seine eigenen Indikationen. Der von Koenig aufgestellte Satz war auf der Meinung basirt, dass in beinahe allen Fällen, wo es sich um lokale Tuberkulose handelt, bereits eine Lungentuberkulose vorhanden sei. Es sind jedoch in der neuesten Zeit eine ganze Reihe von unzweifelhaften Fällen beobachtet worden, wo eine primäre Tuberkulose bei ganz gesunden Individuen in Folge einer Wunde auftrat. Man muss zwar zugeben, dass es sich auch in diesen Fällen um eine Prädisposition, eine hereditäre oder latente Tuberkulose handeln könne, und dass es ausserordentlich schwierig ist, mit absoluter Gewissheit festzustellen, dass an anderen Körperstellen sich noch keine tuberkulösen Herde befinden. Andauernd geschwollene Lymphdrüsen betreffend, halte ich die Lehre Bergmann's für massgebend, dass bei Erwachsenen dieselben stets als der Tuberkulose verdächtig entfernt werden sollen, wenn sie nicht auf andere nachweisbare Reize zurückzuführen sind. Bei Kindern beobachtet man häufig, dass geschwollene Drüsen durch hygienische Massregeln, angemessene Ernährung, frische Luft, besonders Aufenthalt an der Seeküste, wieder verschwinden. Nach Baumgarten bilden die in starker Proliferation begriffenen Gewebe des wachsenden Organismus ein Hinderniss für die Entwickelung der Bacillen, das nur durch besondere Umstände, Tumore und Entzündungen, überwunden wird. Die bösartigste Form der hereditären Tuberkulose, die Lungenschwindsucht, entsteht daher erst an der Grenze der Wachsthumsperiode, wenn der erwähnte natürliche Schutz aufhört. Sind die Drüsen jedoch schon in Verflüssigung oder Eiterung übergegangen, so ist es fraglich, ob die Exstirpation, oder einfache Inzision mit Einlegen eines Setons, das Richtige ist. In der Regel bleiben, trotz aller Vorsicht, doch noch krankhafte Produkte zurück und es bildet sich ein neuer tuberkulöser Herd, der wiederum zu Ulzerationen Anlass giebt. Beim Versuch der Totalexstirpation dieser, bereits in retrograde Metamorphose übergegangenen Drüsen sind nicht selten kurz darauf tuberkulöse Herde in

der Lunge beobachtet worden. Ist bereits zur Zeit der Operation eine Lungentuberkulose vorhanden, so verschlimmert sich dieselbe sehr häufig durch den operativen Eingriff. Ich habe eine ganze Anzahl von suppurirenden Lymphdrüsen, sowohl solchen, welche zweifellos tuberkulös waren, als anderen, bei denen die Diagnose nicht mit absoluter Sicherheit gestellt werden konnte, durch langsame Vereiterung heilen sehen. Dieselben hinterlassen eine weissliche, anämische Narbe, im Gegensatz zu den Narben, welche sich bilden, wenn nicht alles Krankhafte entfernt ist. Bei diesen bleibt die Narbe sowohl geröthet, wie ihre nächste Umgebung. Es sollte also bei letzteren Drüsen-Tumoren der Exstirpation mittelst des Messers oder scharfen Löffels auch die Zerstörung des umliegenden Gewebes und der etwa darin befindlichen Noxe folgen, wenn der Zweck der Operation erfüllt werden soll.

Das beste Mittel hierfür ist ohne Zweifel das Thermokauter. Eine besonders bei nicht anästhesirten Patienten anscheinend des Versuchs werthe Methode ist die Tamponade der Wunde mit styptischer Baumwolle. Ich habe diese nach Exstirpation von suppurirenden, fungös entarteten und theilweise in käsiger Nekrose befindlichen Inguinaldrüsen mit Erfolg angewandt.

In einem Falle trat die Lymphadenitis nach einem nicht sypihlitischen Schanker auf. Etwa sechs Wochen nach der Acquirirung des Schankers kam Patient an die Polyklinik mit einem suppurirenden Bubo, welcher inzidirt wurde. Entleerung grosser Eitermassen. Einige Tage nach der Inzision stellte sich heraus, dass die Wundränder nach allen Richtungen hin unterminirt waren. Die Wunde wurde mittelst der Hohlsonde und des Skalpels erweitert und es fanden sich fungöse und käsige Massen. Ich entfernte alles Krankhafte mittelst des scharfen Löffels und verband mit Jodoform. In einigen Tagen hatten sich wieder bedeutende fungöse Massen gebildet, welche mit dem scharfen Löffel entfernt wurden, um ebenso schnell wieder zu wuchern. Abermalige Ausräumung und Tamponade mit styptischer Baumwolle. Am nächsten Tage hatte sich ein etwa 1 mm. dicker Schorf in der Umgebung der Wunde gebildet und dieselbe heilte jetzt schnell. In einem anderen von mir operirten ähnlichen Falle wurden etwa ein halbes Dutzend geschwollene Inguinal- und Femoraldrüsen nebst fungösen und verkästen Massen entfernt. Tamponade mit stypt. Baumwolle. Relativ schnelle Heilung.

Ein dritter von Dr. Dixon operirter Fall ergab dasselbe Resultat. In diesen drei Fällen war anamnestisch nichts zu eruiren, was auf Tuberkulose hinwies. Eine Untersuchung der entfernten Massen auf Tuberkel oder Bacillen fand nicht statt. Wenn jedoch die von Virchow aufgestellte Behauptung richtig ist, dass bei rapider Käsebildung Tuberkulose vorliegt, während die nicht tuberkulösen Entzündungsprodukte nur sehr langsam käsig nekrotisiren, so müsste man für den ersten Fall die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Tuberkulose" stellen. Der betreffende Patient war ein etwa 20jähriger, gesunder, intelligenter, junger Mann, aus gesunder Familie, welcher mit aller Bestimmtheit behauptete, nie eine Schwellung in der Inguinalgegend gehabt zu haben, bis einige Wochen nach Acquirirung des Schankers.

In einem vierten Falle suppurirender Inguinaldrüsen war es wahrscheinlich, dass es sich um Tuberkulose handelte. Der Patient, ein anämisch aussehender, mit chronischem Tripper behafteter junger Mann, hatte schon früher chronische Lymphadenitis der Submaxillar-Drüsen, welche zu verschiedenen Zeiten inzidirt worden waren. Derselbe wurde

von Herrn Dr. Tuholeke operirt. Es wurde nach der Ausräumung nicht mit stypt. Baumwolle, sondern mit Jodoform-Watte tamponirt. Anfangs schien die Wunde gut zu heilen. Es bildete sich jedoch ein Fistelgang, sodass eine Gegenöffnung am Oberschenkel, etwa drei Zoll unterhalb des *Ligamentum Pupartii* und etwas nach innen von den Femoral-Gefässen, gemacht wurde. Einlegung einer Drainage-Röhre und Ausspritzung mit Jodoform-Emulsion. Die Heilung der Fistel war eine äusserst langwierige und kam erst zu Stande, als ein *Catgut*-Faden durchgezogen und dort bei absoluter Ruhe der Resorption überlassen wurde. Etwa fünf Monate später sah ich den Patienten wieder und derselbe hatte ein gesundes Aussehen.

Das Allgemeinbefinden bei diesen Patienten, welche meistens anämisch oder kachektisch aussehen, bessert sich in der Regel sehr schnell nach der Operation ; wohl hauptsächlich dadurch, dass die Resorption der Zerfallsprodukte und des eiterigen Sekrets aufhört. Zum Theil auch durch die Ruhe und Pflege. Innerlich verabreiche ich in diesen Fällen *Syr. Ferri jodati*, Pepsin oder Malzextrakt. Bei verschiedenen von mir exstirpirten suppurirenden Halsdrüsen mit nachfolgendem Jodoform-Verband bildete sich zwar kein Fungus, aber die Wunde heilte mit einer wulstigen Narbe mit der erwähnten Röthung des angrenzenden Gewebes. Da Koch in einer Mittheilung an das Kaiserl. Gesundheitsamt die Carbolsäure als das beste Germicidiumdes Tuberkel-Bacillus ansieht, indem eine 5-prozentige Lösung hinreicht, um die in einer gleichen Quantität Sputum enthaltenen Bacillen in 24 Stunden entwickelungsunfähig zu machen, möchte es sich, wegen Gefahr der Carbolintoxikation nur bei kleinen Wunden empfehlen, eine wenigstens 10-prozentige Lösung zum Tamponiren zu verwenden ; da jedoch der Tampon vom Sekret der Wunde durchtränkt und dadurch die Wirkung der Carbolsäure abgeschwächt wird, so müsste, je nach der Schwierigkeit der Sekretbildung, neu tamponirt oder eine noch stärkere Lösung angewandt werden.

Ein Fall zur Illustration dessen, was bereits vorher ausgeführt wurde, betraf einen Phthisiker von 19 Jahren. Auf beiden Lungenspitzen Dämpfung und feuchte Rasselgeräusche. Von der linken Submaxillargegend bis zur Clavicula eine Anzahl geschwollener und suppurirender Drüsen mit verschiedenen kommunizirenden Fistelgängen. Es werden die Fistelgänge sowohl wie die Drüsen von fungösen Granulationen und Käse mittelst Ausschabung gereinigt. Ausspritzung mit Jodoformemulsion und Drainage. Die fistulösen Gänge heilen, um später wieder aufzubrechen. Fast nach jeder Auskratzung verschlimmert sich die Lungentuberkulose, an welcher Patient schliesslich zu Grunde geht.

Ein Fall von unzweifelhafter Tuberkulose, bei dem wahrscheinlich eine primäre Wundinfektion stattfand, betrifft einen jungen Mann von etwa 23 Jahren, welcher bis vor etwa 2½ Jahren stets gesund war. Seine Eltern, — Vater 62, Mutter 46 Jahre alt, — sind gesund ; drei Schwestern und ein Bruder leben, und sind ebenfalls gesund. Eine Schwester starb an einem Herzfehler. Vor 2½ Jahren verletzte sich Patient den linken Unterschenkel, an der Grenze des mittleren und unteren Drittels. Die Wunde heilte schnell, brach aber etwa 14 Tage nach der Verletzung wieder auf. Bis etwa 2 Wochen vor dem Unfalle will Patient nie gehustet haben. Zu dieser Zeit hustete er ein wenig, und der Husten verschlimmerte sich einige Wochen nach der Verletzung. Etwa 9 Monate später fing Patient an, über Heiserkeit zu klagen, welche sich allmählich verschlimmerte, so dass er jetzt eine

krächzende Stimme hat. Den Husten wurde er nicht wieder los. In den *Sputis*, welche ich in der letzten Zeit untersuchte, liessen sich Tuberkelbacillen nachweisen. Vor etwa 1½ Jahren traten am Halse verschiedene Abscesse auf, welche sich nach aussen entleerten. Die von den Abscessen hinterlassenen Narben haben ein weisses Aussehen. Eine Narbe von der Grösse eines halben Dollars befindet sich etwas oberhalb des Sternums, zwischen den Ansatzpunkten der *M. M. Sterno-Cleido-Mastoidei*, eine andere etwas höher hinauf, und eine dritte an der linken Seite des Halses, am äusseren Rande des Kopfnickers. Patient kam wegen der Ulzeration des Unterschenkels, welche sich 14 Tage nach der Verletzung datirte, in die Klinik. Es wurden einige Knochensplitter und der osteale Herd von der Vorderfläche der Tibia entfernt. Die Wunde heilte in einigen Wochen unter Jodoformverband. Bald darauf bildete sich ein Abscess im Boden der Mundhöhle, und ein anderer, welcher sich wie ein Polyp an der hinteren Pharynxwand gegenüber dem *Velum Palati* vorwölbte. Aus beiden wurde Eiter und käsige Massen entleert. Ein anderer Abscess wurde an der rechten Seite des Halses entdeckt. Nach der Inzision stellte sich heraus, dass er der tiefen Hals-Fascie entlang bis nahe an die Clavicula sich erstreckte. An den Lungenspitzen Dämpfung; links, im 2. Intercostalraume, in der Mammillarlinie eine Caverne. Feuchtes Rasseln bei In- und Exspiration.

Von Tschernıng und Middeldorpf sind Fälle von primärer Wundtuberkulose mitgetheilt, bei denen ebenfalls eine 14-tägige Inkubationszeit beobachtet wurde. Der Referent dieser Fälle, Dr. Kurz aus Leipzig, hält die 14-tägige Inkubationsdauer als ganz bestimmt dafür sprechend, dass die Tuberkulose von der Wunde ausging. In dem eben von mir beschriebenen Falle wurde die Noxe wahrscheinlich von der Wunde aus mit dem Blutstrome nach der Lunge geführt; bei der Expektoration fand eine Inokulation des Larynx statt, von wo aus dann die Tuberkulose mittelst des Lymphstroms nach den vorderen Halsdrüsen und den am hinteren Rande des *Sterno-Cleido-Mastoideus* und den der Fascie der Carotis entlang verlaufenden Drüsen sich ausbreitete. Theilweise mag sie sich auch im Gewebe direkt weiterverbreitet haben. Die Abscesse der hinteren Pharynxwand und des Mundbodens sind wohl durch Inokulation mittelst des Sputums zu erklären.

Californischer „Tokay Wein".

Es ist eine unbestreitbare Thatsache dass der Tokayer-Wein, welcher mit Recht eines so grossen Rufes sich erfreut, absolut nicht in den Handel kommt, sondern direkt in die Keller des Kaisers von Oesterreich wandert. Was als Tokayer-Wein verkauft wird, ist ungarischer „Ausbruch", der im günstigsten Falle in der Nähe von Tokay gezogen wurde. Die Vorliebe Vieler für „echten" Tokayer ist daher vollkommen unbegründet. Das aber zugegeben, braucht man nur noch die in vielen Fällen existirende Antipathie gegen californischen Wein — eine Antipathie, welche noch unbegründeter ist als die Sympathie für den „echten Tokayer" — aufzugeben, und man wird finden, dass der von der California Vintage Co., 21 Park Place, New York, offerirte Wein allen Anforderungen genügt. Vor Allem ist derselbe absolut rein, und dass sein Preis ein bei Weitem billigerer ist als der des „echten", dürfte bei manchem Patienten von grosser Bedeutung sein.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK.

Erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Umschlag liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Ichthyol.

Die Anwendung des Ichthyols in der allgemeinen Praxis ist leider noch nicht so verbreitet, wie es dieses eigenthümliche Mittel verdient. Für New York speziell ist der Grund wohl darin zu finden, dass eine Pfuscher-Firma sich seines Namens bediente und in marktschreierischen Annoncen das Mittel anpries. Dies veranlasste einen bekannten New Yorker Dermatologen, das Ichthyol mit dem berüchtigten „Cuticura" auf eine Stufe zu stellen.*)

Diese Uebereilung seitens jenes Kollegen ist leider für Viele Veranlassung gewesen, die Anwendung des Ichthyol zu unterlassen. Um so freudiger darf man die Arbeit Zeisler's (Chicago) begrüssen, in welcher dem neuen Mittel volle Gerechtigkeit widerfährt.†)

Schon Unna, der Fleissige und Unermüdliche, hat in seiner ausführlichen Arbeit über diesen Gegenstand ‡) dem Ichthyol seinen richtigen Platz in der Dermatotherapie angewiesen; er hat die eingehendsten Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen desselben auf normale und erkrankte Haut angestellt. Aber auch von anderen Seiten wurde die vorzügliche Wirkung des Ichthyol gerühmt, namentlich wenn es sich um Beschränkung von entzündlichen Prozessen und Stillung der Schmerzen handelt. So hat z. B. Lorenz das Mittel bei Gelenkrheumatismus in topischer Anwendung ausserordentlich werthvoll gefunden.

Zeisler hat Ichthyol in etwa einhundert Fällen von Hautkrankheiten angewendet und berichtet, dass er es als eines der schnellst wirkenden und zuverlässigsten Mittel schätzen gelernt hat, welche die Dermatotherapie in neuester Zeit aufzuweisen hat. Und wir wissen aus eigener Erfahrung, dass er damit nicht zu viel gesagt hat.

*) S. *Journ. of Cut. and Ven. Dis.*, No. X., 1886.

†) The Use of Ichthyol in the Treatment of Skin Diseases; read before the *Chicago Medical Society*, November 15th, 1886, by Joseph Zeisler, M. D.; Reprint from *The Chicago Med. Journ. and Examiner*, Dec., 1886.

‡) Ichthyol und Resorcin, Leipzig und Hamburg, 1886.

Während Unna meistens wässerige Lösungen oder Pasten anwendet, hat Zeisler ausschliesslich Ichthyol-Salbe verwendet, und zwar in wechselnder Stärke von 3 bis 30 Prozent. Im Allgemeinen dürfte eine 10-prozentige Salbe (mit Lanolin) allen Anforderungen entsprechen, wenigstens hat sie uns in den verschiedensten Formen des akuten, sowie des chronischen Ekzemes noch selten im Stiche gelassen.

Es kommt hierbei noch ein wichtiger Umstand in Betracht. Das Ichthyol wird von seinen Verehrern nicht nur äusserlich, sondern auch innerlich angewandt. Alle die Fälle von chronischem Ekzem, Psoriasis, Akne etc., welche namentlich von Aerzten der englischen Schule als konstitutionelle Leiden betrachtet werden, können nach Zeisler u. A. durch die innerliche Darreichung des Ichthyol gleichzeitig mit seiner äusserlichen Anwendung günstig beeinflusst werden.

Die rheumatische und die dyspeptische „Diathese," von der wir in Verbindung mit gewissen chronischen Hautkrankheiten von englischen Aerzten so viel zu hören gewöhnt sind, sollen für die erfolgreiche innerliche Darreichung des Ichthyol namentlich geeignet sein. Dazu kommt noch, dass das Mittel ausnahmslos ausgezeichnet vertragen wird. Zeisler giebt es in Gelatinkapseln, welche 0,1g. ($1\frac{1}{2}$ gr.) enthalten und von denen drei bis zu zehn täglich genommen werden.

Bei Ekzem kann Ichthyol in allen Formen mit Erfolg benutzt werden; selbst nässende Ekzeme vertragen es sehr gut und trocknen in wenigen Tagen auf, wie wir uns selbst mehrfach überzeugt haben. Zeisler berichtet über 56 Fälle dieses Leidens und ist überrascht von den damit erzielten Erfolgen. Pusteln, Indurationen, Fissuren etc.— kurz alle obstinaten Formen, heilen fast ausnahmslos bei seiner Anwendung. Das lästige Jucken wird behoben und die Röthung und Härte langbestehender Ekzeme macht einer gesunden Blässe und Schmiegsamkeit Platz. Ist Erythem vorhanden, so empfiehlt sich eine schwache (5prozentige) Salbe zu gebrauchen. Chronische und subakute Ekzeme mit häufig wiederkehrenden Rezidiven heilen bei innerlicher und äusserlicher Anwendung des Ichthyol in wenigen Monaten vollständig, selbst wenn sie jahrelang bestanden haben. Dasselbe gilt nach Zeisler für gewisse Fälle von *Acne rosacea*, während Psoriasis nur in beschränktem Maasse von Ichthyol beinflusst wird.

Selbst in Fällen von chronischer Urticaria hat Unna durch seine innerliche und äusserliche Anwendung eine dauernde Kur erzielt.

Jedenfalls ist das Mittel als eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes zu betrachten.

Die letzten vier Protokolle der hiesigen Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte sind fast wörtlich, mit nur wenigen Kürzungen, nach den offiziellen Protokollen veröffentlicht, welche der Sekretär, Dr. Willy Meyer, die Freundlichkeit hatte, uns zur Benutzung zu überlassen.

Die Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte.

Die Prosperität der hiesigen *Deutschen Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft* ist eine erfreuliche Thatsache. Während vor nunmehr zwei Jahren, als Dr. C. Heitzmann zum Präsidenten gewählt wurde, die Gesellschaft weniger als vierzig Mitglieder hatte, zeigte dieselbe am Schlusse des Jahres 1886 einhundertundachtundsiebzig gutstehende Mitglieder auf ihrer Liste. Die in den Sitzungen gehaltenen Vorträge sind nach Zahl und Werth ebenfalls ein lebhafter Beweis für das rege wissenschaftliche Leben, welches sich in demselben eingebürgert hat.

Unseren Lesern sind die meisten der Vorträge und alle Debatten bekannt, indem weit über die Hälfte der ersteren und alle Berichte über die letzteren in der Presse zum Abdruck gekommen sind. Der Anstoss, welcher durch unsere Veröffentlichung auch in den deutschen medizinischen Kreisen anderer amerikanischer Grossstädte gegeben worden ist, darf nicht unterschätzt werden.

Die Gründung des deutschen medizinischen Vereins in Philadelphia darf direkt als eine Folge des erwähnten Einflusses betrachtet werden. Auch in Chicago ist man der Schaffung einer solchen Körperschaft günstig gesinnt, und hoffen wir, unseren Lesern recht bald Fortschritte in dieser Richtung mittheilen zu können.

Einstweilen wünschen wir der New Yorker Gesellschaft, dass sie im neuen Jahre unter dem Präsidium des neuerwählten Präsidenten, des früheren Vize-Präsidenten Dr. Leonard Weber*), in gleicher Weise blühen, grünen und gedeihen möge, wie dies während der verflossenen zwei Jahre unter Dr. Carl Heitzmann's Präsidium der Fall war.

Vivat, Crescat, Floreat!

In einer Arbeit über den Werth der Antipyretica beim Abdominaltyphus im *N. Y. Medical Record* (8. Januar 1887) nimmt Dr. S. Baruch die aus Dr. Nagle's Tabellen herausgerechnete Mortalitätsziffer (34.68 %) als unumstösslich richtig an. Wir möchten den Herrn Kollegen daran erinnern, dass zwar alle Todesfälle zur Anzeige kommen, dass aber die Erkrankungen durchaus nicht alle an den Gesundheitsrath berichtet werden, wie man sich durch Herumfragen bei Kollegen leicht überzeugen kann.

Die hiesige Geburts- und Kranken-Statistik ist absolut unzuverlässig, nur die Zahl der Todesfälle und *praeter propter* die Todesursachen sind ziemlich genau und verwendbar.

---

*) Das Gesammtresultat der Wahl finden unsere Leser in den Sitzungsberichten.

REFERATE.

Pädiatrik.

Dr. Foerster (Dresden). — Ueber Schrumpfniere im Kindesalter. — *Tagebl. d.* 59. *Vers. d. Nat. u. Aerzte,* 1886 ; No. 8, p. 320.

Die zwei Fälle dieser im Kindesalter seltenen Erkrankung, welche F. berichtete, betrafen zwei Geschwister, Knabe und Mädchen, einer neuropathisch und psychopathisch belasteten Familie. Die Krankheit begann um die Mitte des 5. Jahres. Durst, Appetitlosigkeit, vermehrte Urinsekretion (bis 4 Liter tägl.), geringes spec. Gewicht des Harns (1.003—1.010), später mit geringem, wechselndem Eiweissgehalt. Dabei vollständiger Wachsthumsstillstand, Hypertrophie des linken Herzventrikels, Zitterbewegungen, erhöhte Reflexe, unsicherer Gang etc. Tod nach $3\frac{1}{2}$ resp. $4\frac{1}{2}$ Jahren an hämorrhagischer Diathese, resp. paralytischen Erscheinungen. Die Sektion des einen Kindes wurde von Dr. Birch-Hirschfeld gemacht und ergab ausser Schrumpfniere (Grösse der Nieren eines Neugeborenen) und Herzhypertrophie sklerotische Stellen in Hirn und Rückenmark ; auch Veränderungen im Ependym des 4. Ventrikel.

Die nachfolgende Diskussion ergab, dass Henoch Lues als ätiologisches Moment nicht ausschliessen möchte, während Foerster, der dieselbe — allerdings nur vermuthungsweise — ausschliesst, die konstitutionelle Belastung der Familie dafür verantwortlich machen will. Möglicherweise sind die Fälle als sekundäre Erkrankungen nach einem *Diabetes insipidus* anzusehen. Wyss denkt an eine ausgedehnte Erkrankung der kleinen Gefässe (spez. Arterien) in den Nieren und den Centralorganen : ähnlich wie die Kombination : Dementia paralytica und Nierencirrhose bei Erwachsenen. Doch ergiebt sich auf Anfrage von Eisenschitz, dass keiner der Anwesenden je einen Fall von Dementia paralytica im Kindesalter gesehen. Dass die Schrumpfniere im Kindesalter nicht so sehr selten sei, behaupten Soltmann und Silbermann ; dem schliesst sich Henoch an, welcher oft Symptome der Schrumpfniere gesehen, aber nie die Anwesenheit derselben durch die Autopsie nachweisen konnte.

Dr. F. Eisenschitz. — Ueber epidemische Cholera im Kindesalter. — *Wiener Med. Presse;* No. 50, 1886.

Von 38 Fällen von epidemischer Cholera, über welche E. in der Sitzung des Wiener med. Doktoren-Kollegiums vom 6. Dezember 1886 berichtete, starben 21 — eine Mortalität von 55 Prozent — also nicht grösser als bei Erwachsenen. Von 7 Säuglingen blieb kein Einziger am Leben. Die *Cholera infantum* war während der Beobachtungsdauer (30. August bis 2. November 1866) nicht häufiger als während desselben Zeitraumes in den beiden vorhergehenden Jahren (1864 und 1865.)

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen sind dieselben wie bei Erwachsenen, nur ist die Schwellung der solitären Drüsen und der Peyer'schen Plaques etwas mehr ausgesprochen. Doch schwindet dieses „Drüsenbild" mit Eintritt des *Stadium typhoidum;* es ist um so charakteristischer, je fulminanter das klinische Bild war. Im typhoiden Stadium kommen Infarkte in den Lungen in solcher Häufigkeit vor wie bei anderen Erkrankungen.

Die Prognose ist besser, wenn prodromale Diarrhöen da waren und wenn das Erbrechen über die Diarrhöe überwiegt. Vorübergehende

Besserungen sind oft trügerisch, da selbst nach längeren Intermissionen Asphyxie noch auftreten kann.

Die Krankheitsdauer ist

	Stadium algidum.	*Stadium typhoidum.*
bei genesenden Fällen	6—36 Stund.	6—10 Tage,
bei lethalen Fällen	9—15 „	5—15 „
bei Kindern unter 4 Jahren	24 „	höchstens.

Sklerem konnte E. so wenig wie Monti beobachten.

Unter Typhoid versteht E. den Eintritt von nervösen Alterationen, Somnolenz, frequentem Puls, trockener Zunge und trockenen Lippen; zuweilen Temperaturerhöhung. Milzschwellung und Meteorismus sind unbedeutend. Erbrechen ist stets da, Singultus fehlt.

Cholera sicca sah E. zweimal.

Während die erbrochenen Massen denen Erwachsener gleichen, sind die Stühle öfters grünlich-gelblich gefärbt, mit wässerigem Inhalt. Tenesmus ist nur im *St. typh.* vorhanden. Konvulsionen sah Monti in 17 Fällen; E. nur im Hydrocephaloid, weshalb sie mit der Cholera direkt nichts zu thun haben. Postmortale Temperatursteigerung haben Beide beobachtet.

Die grosse Empfindlichkeit der Kinder gegen Opium ist nach E. sehr zu ihren Ungunsten wirksam (wie auch in der *Cholera infantum.* Ref.). Die Behandlung sollte aber trotzdem im Prodromalstadium nicht auf das Opium Verzicht leisten. Während des Anfalles giebt E. 0,002 bis 0,004 subkutan; doch wirkt es nur günstig auf das Erbrechen. Die Erfolge der Kreosot-Behandlung Monti's will E. auf den Umstand zurückführen, dass die Höhe der Epidemie schon vorüber war, ehe M. dieselbe einleitete. Getränke zu verweigern, ist nach E. grausam. Analeptika sind ohne Nutzen; heisse Bäder werden gut vertragen und sind den Kindern nicht unangenehm. Die hydriatische Behandlung *) sollte versucht werden. Wein und Chinin im *St. typh.; Flores Benzoës* zur Hebung der Diurese.

Dr. Biedert (Hagenau). — Mittheilungen über Morbilli adultorum und Immunität gegen Masern. — *Tagebl. d. Vers. d. Nat. und Aerzte,* 1886; No. 8, S. 321.

Die Ansicht, dass die Masern bei Erwachsenen mit grösserer Intensität und höherer Mortalitätsziffer auftreten als bei Kindern, wird durch B.'s Kollektiv-Untersuchungen wahrscheinlich gemacht. Die Absperrungsmassregeln sollten nur kleineren Kindern gegenüber streng aufrechterhalten werden.

Ueber die Immunität, welche B. in Zweifel lässt, sind in der Diskussion die Ansichten getheilt. Während Henoch glaubt, dass wiederholtes Befallenwerden oft irrthümlich berichtet werde und Verwechslungen mit Scharlach, Erythem etc. vorliegen, erklärt Weise, dass er nicht nur Fälle mehrfacher Erkrankung an Masern und Scharlach bei denselben Individuen, sondern auch eigentliche Masern — resp. Scharlach — Rezidive erlebt habe, und zwar so unzweifelhafte Fälle, dass hinsichtlich der Diagnose eben kein Zweifel obwalten konnte.

---

*) E. bezieht sich auf die von Prof. Semmola (Neapel) bei 6000 Cholerafällen angewendete Hypodermoclyse: Einspritzung grosser Wassermengen unter die Haut; S. setzte durch dieselbe ohne jede anderweitige Behandlung, mit Ausnahme kleiner Opiumgaben, die Mortalität in der vorjährigen Epidemie auf 40 Proz. herab. Ref.

(Diese Angaben werden hierzulande sicherlich vollen Glauben finden, da solche Fälle hier wohl den meisten Kollegen aus eigener Erfahrung bekannt sind. Ref.)

Zum Schlusse bittet B. um weitere Mittheilungen über Fälle von *Morbilli adultorum* und über Immunität gegen Masern aus den verschiedenen Altersstufen.

Prof. Soltmann.—Ueber Aetiologie und Ausbreitungsbezirk der Aktinomykose.—*Jahrb. f. Kdhlkde.*, N. F. Bd. XXIV. H. 1 und 2, 1886. S. 129.

Durch zufälliges Verschlucken einer Aehre von sog. „tauber Gerste" (Hordeum murinum) acquirirte ein 5jähriger Knabe Aktinomyces. Die primäre Aktinomykose bildete sich im hinteren Mediastinalraume und implizirte die Pleura; indem sie sich in dem lockeren prävertebralen Zellgewebe weiter ausbreitete, wurden zuerst die rechts von der Wirbelsäule gelegenen Muskelpartieen ergriffen und wurde P. in diesem Stadium zuerst gesehen. Der kräftige Knabe, an dessen Herz und Lungen nichts Pathologisches nachweisbar war, zeigte eine diffuse phlegmonöse Entzündung auf dem Rücken, rechts von der Wirbelsäule. Die Inzision in die lebhaft geröthete, siebförmig durchlöcherte Haut, aus der sich auf Druck dicker aber nicht übel riechender Eiter entleert, lässt eine Höhlung erkennen, die mit einer bedeutenden Quantität hellgelben Eiters angefüllt ist. Die mikroskopisch deutlich wahrnehmbaren, charakteristischen, dunkel-gelbbraunen bis schwefelgelben, sandkornähnlichen Aktinomyces-Drusen sind in kolossaler Menge vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose. Ausschaben und antiseptischer Verband führen scheinbar in 14 Tagen zur Heilung; doch bald bildet sich ein neuer Herd, der abermals inzidirt und ausgeräumt wird. Noch ehe die Heilung des einen vollzogen, bilden sich zwei weitere etc. Die linke Seite wird ebenfalls implizirt; der Prozess schreitet auch im Thorax selbst weiter, die rechte Lunge wird angegriffen, die Zerstörung ergreift die Wirbelkörper selbst, steigt in's Becken hinab (Ilio-Psoas) und 11 Monate nach der ersten Vorstellung (1½ Jahr nach dem Verschlucken der Aehre) geht P. marantisch zu Grunde.

Interessant ist namentlich in diesem lehrreichen Falle, dass das *Corpus delicti*, jene Gerstenähre, im Anfange in dem aus den ersten Abszessen entleerten Eiter sich vorfand. S. konnte einen Theil derselben, der ihm von Dr. Roth, dem anfänglich behandelnden Arzte, überlassen wurde, bei Vorstellung des Knaben in der *Schlesischen Vaterländischen Gesellschaft* demonstriren.

S. hofft, dass es möglich sein werde, den *Actinomyces* auch ausserhalb des menschlichen resp. thierischen Körpers aufzufinden und durch Züchtungsversuche festzustellen, ob derselbe vielleicht die Gonidienform eines höheren Pilzes darstellt (Lichtheim).

Dr. Widowitz. — Ueber neuropathische Oedeme. — *Jahrbuch f. Kinderhlkde.*, N. F. Bd. XXV. Heft 3. 1886. S. 252.

Verf. präzisirt die übliche Unterscheidung zwischen den direkt zentralen Ursachen entspringenden, als angioneurotische Oedeme anzusprechenden Anschwellungen, welche stets — wenn auch nur Anfangs überall, und später an den Rändern — eine Röthung zeigen, von den akuten neuropathischen Oedemen, welche ohne Röthung, aber mit Schmerzen auftreten. Er betont namentlich, gegenüber Cohn-

HEIM's Auffassung, den neuropathischen Ursprung beider Formen, weil derselbe die Lymphbildung nur in Störungen des Blutgefäss-Systems (Alteration der Kapillaren und Erschwerung des venösen Abflusses) und veränderter Blutmischung begründet wissen will.

Als vergleichendes Beispiel führt er die Entstehung einer Urticaria bei einem kräftigen, aber sehr „nervösen" Manne an, dem eine Raupe in den Nacken fiel, als er auf einem Kirschbaume herumstieg. Derselbe bekam später jedesmal Urticaria, wenn er sich nur längere Zeit unter dem betr. Kirschbaume aufhielt.

Er berichtet dann den Fall eines 7jährigen, schwächlichen Mädchens, welches plötzlich eine grosse Anzahl rother Flecken an Wange, Nase und Fingern zeigt. Die Finger werden bläulich-roth, stark geschwellt und steif. Die wahrnehmbaren Fingereindrücke zeigten, dass es sich um vermehrte Transsudation handelte. Die betroffenen Stellen waren symmetrisch auf beiden Seiten vertheilt. Starkes Spannungsgefühl, Sensibilität erhalten. Die Vergrösserung des Umfanges von 40 mm. auf 50 mm. an der stärksten Stelle zeigt den erheblichen Grad der Schwellung am besten. Diese Symptome erschienen täglich und vergingen nach einigen (3) Stunden, und zwar im Verlaufe weniger Minuten.

Aetiologisch war nichts festzustellen. Psychische Einflüsse, Verdauungsstörungen und schneller Temperaturwechsel verursachten die Symptome scheinbar dann und wann, ebenso oft aber auch nachweislich nicht!

„Die Lokalisation der Schwellungen an genau symmetrischen, von einander weit entfernten Körperstellen verweist uns entschieden an eine central gelegene Stelle als Ausgangspunkt des Leidens, da nur von einer solchen aus Impulse zu Veränderungen an Körperregionen obiger Qualifikation ausgehen können..... Dass von einem Vasomotorenzentrum aus die Anregung zur Veränderung in der Durchlässigkeit peripher gelegener Gefässe ausgegangen ist, auch das scheint durch die plötzlich aufgetretene Hyperämie ziemlich sicher zu sein ; ob aber daran die Konstriktoren oder die Dilatatoren betheiligt waren, das endgiltig zu entscheiden, ist bei der heutigen Kenntniss über diese Nervengattungen nicht möglich, woher es auch kommt, dass verschiedene Autoren für die von ihnen beschriebenen nervösen Oedeme bald diese, bald jene Nervengattung verantwortlich machen-"

Dr. E. W. MITCHELL. — Infantile Erysipelas. — *Phil. Med. and Surg. Reporter;* Nov. 27, 1886.

Die Mittheilung eines Falles von Erysipelas, welche M. der *Cincinnati Academy of Medicine* machte, ist insofern interessant, als der Verlauf ein äusserst protahirter war, und die Infektion eine so intensive, dass dieselben Körperstellen wiederholt nach vollständigem Abblassen von Neuem ergriffen wurden.

Das 8monatliche Mädchen zeigte am 19. Juli 1886 eine leichte Röthung und Schwellung an der rechten grossen Schamlippe. Am 22. waren die Vulva und die Glutäalfalten implizirt; T. 104°, P. 160. Am 5. Tage (24. Juli) waren beide unteren Extremitäten bis zum Knie ergriffen und der Rücken bis zum Gürtel. An Stelle des einfachen Bleiwassers wandte M. nunmehr *White-Lead-Paint* mit Oel verrieben an; T. 106°, P. 160. Trotz nachfolgenden Abfalles der Temperatur (103°) wanderte das Exanthem nach Oben und Unten weiter und am 17. Tage (5. August) war die ganze Körperoberfläche implizirt.

Einige leichte bronchitische Reizungen abgerechnet, blieben die

Lungen bis zum 22. Tage (17. August) frei. An diesem Tage war die Respiration beschleunigt, Husten und Auswurf (?) vorhanden. Seit dem 5. August hatte das Kind dann und wann Konvulsionen. Am 31. Tage wurde über der hinteren Fontanelle eine bedeutende Eiteransammlung unter der Kopfhaut konstatirt. Aspiration des Eiters und später Oeffnung durch Inzision. Am 34. Tage war der Körper mit Petechien besät und die Urinsekretion wurde immer spärlicher. Das Erysipel trat an dem verschiedensten Körperstellen immer wieder von Neuem auf; Stuhl war regelmässig, Appetit gut, fast bis zuletzt (das Kind bekam die Mutterbrust). Am 51. Tage (15. September) trat der Tod ein.

Die innerliche Behandlung bestand in Eisen und Chinin, später Cognac; die Lungen-Komplikation wurde mit warmen Breiumschlägen und Salmiak innerlich behandelt. Die Konvulsionen wurden durch heisse Bäder koupirt. Obgleich der *White-Lead-Paint* die Ausbreitung der Eruption verlangsamte, konnte er sie doch nicht beschränken; ebensowenig das Jodoform-Kollodium, welches im Gesicht angewendet wurde. Das letztere schien die Heftigkeit der Entzündung zu mildern.

M. ist der Ansicht, dass nur die Komplikationen für den lethalen Ausgang verantwortlich zu machen sind.

Dr. C. A. Bryce. — The Baby as a Water-drinker. — *The Southern Clinic*; August 1886, p. 241.

B. lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die schwere Schädigung hin, welche namentlich von Müttern und Wärterinnen dadurch verschuldet wird, dass sie dem Kinde, besonders dem kranken Kinde, kein Wasser zu trinken geben. Bei dem in der heissen Jahreszeit so häufigen Gastro-Intestinal-Katarrh der Kinder, welcher dem Organismus durch wässerige Stühle eine unverhältnissmässig grosse Wassermenge entzieht, sterben die Kinder häufig am Mangel von Wasserzufuhr. Genügende Mengen kalten — womöglich filtrirten — Wassers sollte eine der Hauptvorschriften in diesen Fällen sein.

Dr. John M. Keating. — Some Disorders of Adolescence, especially in Girls. — *Phil. Med. & Surg. Reporter;* Oct. 23, 1886. —

K. ist der Ansicht, dass gewisse nervöse und psychische Symptome, welche namentlich bei Mädchen — zur Zeit der beginnenden Pubertät beobachtet werden: Chorea, *Night Terrors*, sog. Hysterie, Aenderungen des Charakters, Gemüthsstörungen, Stirnkopfschmerz, Mattigkeit, Unregelmässigkeiten in der Verdauung etc., meist auf zwei Ursachen zurückzuführen sind. Entweder sind sie rein nervöser Natur oder sie sind in gestörter Assimilation zu suchen. Die letztere pflegt man gewöhnlich als strumöser oder lymphatischer Natur anzusprechen. Trotz eines guten Fettpolsters zeigt sich bei Mädchen dieser Gattung eine krankhafte Blässe. Die Behandlung derselben bietet weniger Schwierigkeit als diejenige des nervösen Habitus. Doch ist auch hier das Wichtigste, die durch nervöse Einflüsse gestörte Verdauung zu restituiren. Alle diätetischen, klimatischen und gymnastischen Kuren schlagen nicht an, ehe diesem Postulat nicht Rechnung getragen wird.

K. giebt Anfangs *Acidum nitromuriaticum* mit Pepsinwein, und dann Sublimat, Arsenik und Eisen. Jeden Morgen laue Uebergiessungen und Abwaschungen mit nachfolgender Friktion. Milch, dünner Cacao, weiche Eier, leicht angebratenes Steak zum Frühstück; Suppe

Fleisch und frische Gemüse zu Mittag; Milch oder Thee, Butterbrod und etwas Compot des Abends. Früh zu Bett und vorher keine geistige Aufregung (Lesen, Unterhaltung etc.); nur Morgens Schule, Nachmittags kurze Spaziergänge, keine Schularbeiten zu Hause. Nach kurzer Zeit wird Eisen allein genommen und vertragen.

In manchen Fällen ist eine Ortsveränderung geboten, doch nützt sie allein gar nichts. Auch die Veränderung in der Umgebung (lustige Gefährtinnen) mag von Nutzen sein.

K. hat häufig die Erfahrung gemacht, dass unter solchen Massregeln die spärliche und schmerzhafte Menstruation normal wird, Leukorrhöe verschwindet und das Nasenbluten, welches seiner Ansicht nach ein Zeichen von Anämie ist, aufhört. Er ist geneigt, auch der Dentition eine gewisse „Reflex-Wirkung" zuzuschreiben, da die vorletzten Backenzähne gewöhnlich um das 12. Jahr durchbrechen.

(Ref. möchte hinzufügen, dass er in rheumatisch disponirten Kindern in diesem Alter sehr häufig einen latenten, subakuten Rheumatismus als Ursache aller der vom Verf. angeführten Symptome erkannt hat. Die Darreichung von Salicyl und Digitalis oder Bromkali und Digitalis, später Eisen und Digitalis, leistet in solchen Fällen oft Ueberraschendes.)

Dr. C. B. Lanneau. — A Case of Purpura hemorrhagica in a Child of two and a half Years. — *New Orleans Med. and Surg. Journ.*, October 1886. —

Das Kind erkrankte unter den Symptomen eines „biliösen" Anfalles. Am dritten Tage waren die unteren Extremitäten sehr schmerzhaft und sie konnte sich nicht rühren. Am nächsten Tage erschienen die ersten Ecchymosen und unstillbares Erbrechen trat auf. Darauf blutig-schleimige Stühle. Zugleich liessen die Schmerzen nach und die Kleine war nur sehr schwer im Bett zu halten, bis am zehnten Tage die Petechien grünlich und bläulich wurden und zugleich mit einem Oedem oberhalb des Gürtels (die Ecchymosen bedeckten die untere Körperhälfte) eine intensive Schlafsucht eintrat. Nun verblassten die Flecke allmählich und das Oedem wich, so dass am Ende der vierten Woche die Genesung gesichert schien. Doch trat nochmals ein bedeutender Bluterguss in die Cutis auf, jedoch ohne begleitende Darmblutung.

Die Nahrung (*Lister*'s Bouillon, Milch mit *Fairchild Bros. & Foster*'s Pepsin in Tubes, Cognac) und alle Heilmittel (Ergot, Chinin, Eisen etc.) wurden *per rectum* gegeben. Die Temperatur war nie erhöht gewesen.

Dr. Axel Winckler (Bamberg). — Zuckerharnruhr bei einem vierjährigen Kinde. — *Münch. Med. Wochenschr.*; No. 26, 1886.

Dr. E. Bennet (Lubec, Maine). — A Case of Diabetes Mellitus in a Boy Three Years of Age. — *Phil. Coll. and Clinical Record;* November 1st, 1886.

Der Krankheitsverlauf in W.'s Fall war ein sehr rapider. Neuropathische Disposition war vererbt: Vater hochgradig nervös, Grossmutter leidet an Epilepsie, Grossonkel an Diabetes gestorben. Das kräftige, aber reizbare und schreckhafte Mädchen litt seit einigen Tagen (11. Juni 1885) an starkem Durst, Husten und Abmagerung. Hat grosse Urinmengen entleert und viel Zuckerwasser zur Löschung seines unstillbaren Durstes bekommen. Spez. Gew. 1.028; Zucker zwischen 5—7 Proz. Am 12. Juni Erbrechen; am 13. grosse Schwäche; Urinmenge

nimmt ab ; am 14. Juni Koma, Sphinkterenlähmung, Abends Konvulsionen ; am 15. Juni, Nachmittags 4 Uhr, Tod im *Coma diabeticum*. Sektion wird leider verweigert ; Fäulniss rapide.

W. macht darauf aufmerksam, dass Cantani unter 218 Fällen 98mal mit Sicherheit den übermässigen Genuss von Süssigkeiten oder Mehlspeisen nachweisen konnte.

In B.'s Falle ist hereditär nichts nachweislich ; nur starb eine Schwester des Patienten im Alter von 7½ Monaten unter ähnlichen Symptomen.

P. war (am 26. October 1885) seit 3 Wochen sehr durstig, trank viel und klagte über Müdigkeit. Spez. Gew., 1.039 ; Zucker, 7 Proz.; Urinmenge, 6 Quart (= 6 Liter). Am 20. November trat Erbrechen auf. Koma erst am 29. Nov., wenige Stunden vor dem Tode.

Die Behandlung W.'s war rein diätetisch, die B.'s erst Ergot und dann Bromarsenik.

Dr. Walter J. Cree. — Gastro-intestinal Hemorrhage in an Infant. — *The Medical Age ;* July 26, 1886.

C. beobachtete bei einem Neugeborenen eine während des ersten Lebenstages beginnende und bis zum dritten anhaltende kopiöse Magendarmblutung. Das Kind genas und blieb bisher gesund.

Die Behandlung bestand in warmen Einpackungen (wegen des Blutverlustes), nur auf das Abdomen wurden kalte Aufschläge applizirt. *Plumbum aceticum* in kleinen Dosen und Cognac in Zuckerwasser, solange das Knäblein nicht säugen konnte. G. W. R.

Syphilologie.

Fuerbringer. — Ueber Prostatafunktion und ihre Beziehung zur Potentia generandi des Mannes. — *Berl. Klin. Wochenschrift,* No. 29. 1886.

Trotzdem noch heutigen Tages manche Autoren den Prostatasaft als ein schleimig-gallertiges Sekret beschreiben, so kann man doch nach den Untersuchungen Iversen's, Robin's und Fuerbringer's die folgenden Sätze als erwiesen gelten lassen:

1. Das Sekret der Prostata ist eine dünne, mehr oder wenig getrübte, sauer reagirende Flüssigkeit. Wie beim Brustdrüsensekret, handelt es sich um eine Emulsion in einem eiweissreichen Medium, aber nicht von Fettkügelchen, sondern grösstentheils aus Lecithin oder ähnlichen Körpern.

2. Das Sekret der Vorsteherdrüse ist ein integrirender Theil des ejakulirten Spermas. Es ist der Träger des spezifischen Spermageruches ; dieser Geruch verdankt sein Entstehen einer organischen Basis, deren phosphorsaures Salz die Boettcher'schen Spermakrystalle darstellen.

Die Richtigkeit dieser Sätze konnte durch den folgenden Fall festgestellt werden. Es handelte sich um einen 30-jährigen, aus neuropathischer Familie stammenden Patienten, der an nervösen Symptomen (Kopfschmerz, hemiparetische Erscheinungen, sinkende Ausdauer im Denken und Arbeiten) litt, zu denen sich späterhin Spermatorrhöe zugesellte. An diesem Patienten liess sich durch die Untersuchung ausser Neurasthenie Defäkations- und Mikturitions-Spermatorrhöe feststellen. Das Produkt des Samenflusses war: 1. vollständig geruchlos; 2. fehlten die Spermakrystalle und 3., obschon die Spermatozoen zahlreich vor-

handen waren und wohlgebildet erschienen, war doch der grösste Theil starr und bewegungslos. Es handelte sich also um einen wahren Samenblasenerguss in Folge rein nervöser Atonie. Bekanntermassen gelten Männer, welche ein Sperma mit bewegungslosen oder schnell absterbenden Spermatozoen ejakuliren, als steril.

Die *Potentia coëundi* war beim Patienten auch gesunken. Nach einem zweimonatlichen Aufenthalt in einer Thüringischen Nervenanstalt und einer Playfair'schen Kur kehrte Patient mit gehobener Gemüthsstimmung zurück. Samenergüsse erfolgten nur selten.

Die Untersuchung eines frischen Pollutionsproduktes zeigte ein vollständig normales Sperma mit aktiven Bewegungen der Spermatozoen und Boettcher'schen Krystallen.

Der Fall kann nicht anders gedeutet werden, als dass das Prostatasekret dem Sperma den Charakter aufgeprägt hat, welchen wir als Ausdruck der Befruchtungsfähigkeit ansehen. Nach Verf.'s Untersuchungen äussert normales Prostatasekret, welches einige Stunden gestanden hat, keinen bemerkenswerthen Einfluss auf absterbende Spermatozoen des normalen Ejakulats, noch auf die des Samenblasenergusses. Dasselbe gilt vom ganz frischen Prostatasaft zeugungsfähiger Männer, ja, grössere Mengen haben einen lähmenden Einfluss und können sogar kraftvolle Bewegungen der Samenkörperchen vernichten. Diese merkwürdige Erscheinung schreibt F. einer Säurebildung zu; der Zusatz von Alkalien lässt die Spermatozoen wieder aufleben.

Nach diesen Resultaten glaubt F., dass der Prostatasaft in den in den Samenblasen und Samenleitern sich im schlummernden Leben befindenden Spermatozoen spezifische vitale Eigenschaften auslöst, resp. ihnen das sichtbare Leben giebt.

Holm. — Ueber Anaemia cerebralis syphilitica. — *Monatsschrift f. praktische Dermatologie*, No. 11. 1886. p. 543.

Die Anaemia syphilitica cerebralen Ursprunges ist sehr selten; es werden jedoch einzelne solcher Fälle von Julien, Morell, Mackenzie, Mollure und Chvostek erwähnt. Auch berichtet Verf. zwei derartige Fälle. Der erste betraf eine Frau, deren Syphilis 18 Jahre zurückdatirt, die Geruchs- und Geschmacks-Sinn vollständig einbüsste, sodass sie selbst die stärkstriechenden Substanzen nicht perzipiren konnte, obschon keine örtlichen Veränderungen in der Nasenhöhle zu konstatiren waren. Hier nimmt Verf. eine Atrophie des *Bulbus olfactorius* an. Antisyphilitische Behandlung war ohne Erfolg.

Der zweite Fall war der eines Mannes, der sich vier Jahre vorher infizirt hatte, bei dem sich schon nach vier Jahren Verlust des Geruchs- und Geschmacks-Sinnes einstellte. Mittelst antisyphilitischer Behandlung wurde das Leiden vollständig gehoben. Später traten jedoch andere Cerebralsymptome auf. Hier wird Hirnsyphilis als Ursache angenommen.

Schuster, (Aachen). — Das Verhältniss des Erysipels zur Syphilis. — Aus dem Bericht über die Verhandlungen der Sektion für Dermatologie und Syphilis auf der 59. Naturforscher-Versammlung in Berlin vom 18. bis 24. September 1886 (Monatshefte für praktische Dermatologie, No. 11, 1886).

In den letzten 15 Jahren hat man dem Erysipel eine höchst günstige, ja selbst eine heilende Einwirkung auf den Syphilisprozess beigemessen. Auf nicht-syphilitische Prozesse, wie bei Carcinomen und Lupus, lässt

sich, wie bekannt, derselbe günstige Einfluss konstatiren. Man könnte annehmen, dass der spezifische Erysipelaskokkus ein Heilmittel gegen die Syphilis abgeben könne. Wie bei anderen Prozessen kann jedoch das Erysipel bei kachektischen Luesformen eine lebensgefährliche Wirkung ausüben. Vortragender berichtet dann über drei Fälle, bei denen interkurrente Erysipele sich einstellten. Der erste Patient starb an Pyaemie; bei dem zweiten traten zwei Jahre nach dem Erysipel grosse serpiginöse Geschwüre auf; beim dritten gingen seit Jahren von einem syphilitischen Nasenleiden Gesichtserysipele aus. Das Erysipel ist daher auch für den Syphilitischen eine schwere Erkrankung, kann aber auch wie andere akute Infektionskrankheiten, wie z. B. Typhus, Variola und Pneumonie, Syphiliserscheinungen zum Schwunde bringen.

In der darauf folgenden Diskussion gaben Schwimmer und Zülzer in gewissen Fällen eine heilende Wirkung des E. auf die Syphilis zu, während Neumann einen Einfluss auf die Effloreszenzen gelten lässt, jedoch keine heilende Wirkung auf den Syphilisprozess zugiebt. Koebner schliesst sich der Ansicht Neumann's an.

Oberlaender (Dresden). — Die Elektro-Endoskopie der Harnröhre. — *Ibidem.*

Seit acht Jahren wendet O. das Elektro-Endoskop zur Untersuchung der Harnröhre an; nur mit ihm allein ist man im Stande, pathologische Details der Urethralschleimhaut zu erkennen. So lassen sich die Strikturen in folgende Arten eintheilen:

Leistenförmige Strikturen, maschenförmige Narbenstrikturen mit Epithelabschuppung und maschenförmige Narbenstrikturen mit Epithelproliferation. Als Behandlungsmethode wird die übermässige Ausdehnung, resp. Zerreissung empfohlen.

Mracek (Wien).—Syphilis haemorrhagica neonatorum.— *Ibidem.*

Zur Entscheidung der Frage, ob die Syphilis beim Neugeborenen Blutungen verursachen könne, oder ob letztere durch andere Prozesse bedingt seien, stellte M. darauf hingerichtete Untersuchungen an. Es standen ihm 19 unzweifelhaft mit *Syphilis hereditaria* behaftete Fälle zu Gebote. Die Kinder sind 18mal lebend zur Welt gekommen ; ihre Lebensfrist war jedoch eine sehr kurze, da kein einziges 48 Stunden überlebte. Bei der Sektion wurden *Hepatitis syphilitica*, Wegner'sche Knochenaffektion und Veränderungen der Lunge konstatirt. Es fanden sich typische Veränderungen der Gefässe, hauptsächlich an den Venen, mittleren Kalibers; hier liess sich Infiltration und oft fast vollständige Obliteration der Gefässe wahrnehmen. Bei den Arterien fand man Erkrankung der Adventitia; bei hohem Grade waren auch die Media und Intima affizirt. Das Typische des Prozesses ist das Befallensein kleiner Gefässe. Als Nebenbefund fanden sich in einzelen Fällen Thrombose und Endarteriitis. Die Blutung war stets multipel. Was ihre Lokalisation anbetrifft, so war sie über verschiedene Gegenden des Körpers vertheilt. Zum Schlusse resumirt der Vortragende in folgender Weise :

Syphilis der Mutter erzeugt in manchen Fällen schwere, intrauterin entstandene Gefässveränderungen des Kindes, bei welcher pathologische Produkte sich in den *Vasis vasorum*, kleineren Venen und Arterien ablagern, die durch gewisse äusserliche Momente zum Blutaustritte führen.

In der darauf folgenden Diskussion vertritt Behrend die Ansicht, dass die Zartheit des Coriums und die geringere Widerstandsfähigkeit, welches es den Gefässen entgegensetzen kann, ein wesentliches Moment für das Zustandekommen der Blutung bei Neugeborenen sei, während beim syphilitischen Erwachsenen Blutungen nicht zu erwarten seien.

Caspary (Königsberg).—Ueber die chronische Quecksilberbehandlung. — *Ibidem.*

Caspary wendet sich gegen die von Fournier empfohlene chronische Behandlung der Syphilis mit dem Einwand, dass ein so heroisches Mittel wie das Quecksilber, wenn auf längere Zeit dem Körper einverleibt, einen beträchtlichen Schaden auf den Organismus ausüben müsse. Auch habe ja Sigmund erklärt, dass nur etwa $\frac{2}{5}$ aller Syphilitischen der Behandlung bedürfen und die anderen von selbst genesen. Die Ansicht Fournier's, dass nicht genügend behandelte Fälle von Syphilis schwere Spätformen aufweisen, sei falsch; dagegen spreche die Reïnfektion bei anders Behandelten und die Erfahrung der Aerzte.

Chvostek (Breslau). — Ueber den Streptokokkus bei der hereditären Syphilis. *Ibidem.*

Wie Kolisko hält C. den von Kassowitz und Luchsinger beschriebenen Streptokokkus der hereditären Syphilis für einen accidentellen Befund. Dreimal hat der Vortragende Knochen mit vollständig normaler Ossifikationsgrenze untersucht, und fand hier sowie bei der Untersuchung der normalen Haut die Streptokokken. In einem syphilitischen Kind exstirpirte er ein Stück mit Papeln besetzter Haut, fand aber keine Streptokokken. Der Streptokokkus habe daher für die hereditäre Syphilis nichts Charakteristisches.

Finger.—Ueber das indurative Oedem. — *Ibid.* —

Diese zuerst von Sigmund beschriebene, aber wenig berücksichtigte Affektion stellt sich als eine schmerz- und fieberlose Verdickung der Bedeckung der grossen und kleinen Labien, der Clitoris, der Haut des Præputiums, Penis und Scrotums dar, und kann sich auch auf den *Mons Veneris* erstrecken und gleichzeitig von einer eigenthümlichen Verhärtung sein, welche die Härte einer Sklerose ähnelt. Die Haut nimmt eine gelbbraune Farbe an, die mit einer mehr oder weniger zarten Nüance in rothbraun übergeht, so dass die Haut das Aussehen der Schale einer dickhäutigen Orange annimmt. Das Leiden tritt entweder selbstständig auf, häufiger jedoch als Begleiter primärer oder sekundärer Syphilis, besonders häufig wird es als Komplikation erodirter Papeln der Genitalien angetroffen. Mit antisyphilitischer Behandlung tritt rasch Resorption ein; sich selbst überlassen, kann es bis auf 6 Monate sich hinausstrecken. Dr. A. F. Buechler.

— Die belgische „*Academie Royale de Médecine*“ hat den ausgeschriebenen Preis für die beste Abhandlung über die Frage der Pathogenese und Therapie der Krankheiten der Nervencentren Herrn Dr. G. T. Stevens (New York) zuertheilt.

Auszug aus dem 30. Jahresbericht des Deutschen Dispensary der Stadt New York.

In der Geschichte unserer Anstalt darf das verflossene Jahr als ein ruhiges bezeichnet werden, da nach den Vorarbeiten der letzten 2 Jahre unser Haushalt complet ist und wir uns durchaus geordneter Verhältnisse erfreuen.

Aber nur für die Administration ist eine Periode der Ruhe eingetreten; unsere Leistung der Armenbevölkerung gegenüber (soweit sie durch die Frequenz der Anstalt ihren Ausdruck finden) stehen gegen früher nicht wesentlich zurück, obgleich solches aus verschiedenen Gründen zu erwarten gewesen wäre.

In erster Linie waren die Witterungsverhältnisse des Jahres die denkbar günstigsten. Von Mai bis Ende November hatten wir durchweg angenehmes warmes Wetter — von anhaltend heissen Perioden mit der schon oft constatirten grossen Morbidität und Mortalität unter den Kindern der Armen — blieben wir fast ganz verschont.

Die ausgedehnte Masern- und Diphtheritis-Epidemie des Spätjahres hat wenig Einfluss auf die Frequenz eines *Dispensarys*, da solche Fälle meist im Hause behandelt werden.

Dagegen zeigen die Bücher der Anstalt eine bedeutende Zunahme an Erkrankungen der Respirationsorgane für December als Ausdruck der sehr kalten Witterung, deren plötzliches Auftreten der Armenbevölkerung sicherlich mehr Noth und Elend bereitet hat, als sich der behaglich Situirte vorstellen kann.

Die Arbeit im Dispensary.

Im Jahre 1886 wurde die Anstalt von
30,301 Patienten 74,410 Mal besucht.

Die dadurch verursachte Arbeit wurde von 32 Aerzten geleistet; Die Thätigkeit eines Arztes für ein Jahr in Ordinationen ausgedrückt = 2325 Ordinationen.

Die höchste Patientenzahl betrug im Dispensary an einem Tage 397; die niedrigste: 111.

Augen-Abtheilung.

Montag, Mittwoch u. Freitag.	Dienstag, Donnerstag u. Samstag.
Dr. E. Fridenberg.	Dr. A. Schapringer.

Anzahl der Patienten..... 1986
„ „ Besuche.....4928
Durchschnittszahl für einen Tag..... 16

Chirurgische Abtheilung.

Montag, Mittwoch u. Freitag.	Dienstag, Donnerstag u. Samstag.
Dr. A. Fridenberg,	Dr. G. Degner,
Dr. W. Meyer.	Dr. E. Schottky.

Anzahl der Patienten..... 4859
„ „ Besuche.....12,858
Durchschnittszahl für einen Tag 40

Haut-Abtheilung.

Montag, Mittwoch u. Freitag.	Dienstag, Donnerstag u. Samstag.
Dr. C. F. Kremer,	Dr. H. Klotz,
Dr. J. Oberndorfer.	Dr. C. Nicolai.

Anzahl der Patienten.....3074
„ „ Besuche.....9050
Durchschnittszahl für einen Tag..... 29

Hals- u. Ohren-Abtheilung.

Montag, Mittwoch u. Freitag.	Dienstag, Donnerstag u. Samstag.
Dr. J. W. Gleitsmann,	Dr. F. E. D'Oench,
Dr. F. Guttmann.	

Anzahl der Patienten.....2726
„ „ Besuche..... 8236
Durchschnittszahl für einen Tag..... 27

Kinder-Abtheilung.

Montag, Mittwoch u. Freitag.	Dienstag, Donnerstag u. Samstag.
Dr. A. Caillé,	Dr. A. Seibert,
Dr. J. Scheider,	Dr. F. Krug.

Anzahl der Patienten.....4409
„ „ Besuche.....8728
Durchschnittszahl für einen Tag..... 29

Nerven-Abtheilung.

Montag, Mittwoch u. Freitag.	Dienstag, Donnerstag u. Samstag.
Dr. G. W. Jacoby.	Dr. J. Rudisch.

Anzahl der Patienten..... 653
„ „ Besuche.....4967
Durchschnittszahl für einen Tag..... 17

Abtheilung für Frauenkrankheiten.

Montag u. Donneretag.	Dienstag u. Freitag.	Mittwoch u. Samstag.
Dr. L. Straus.	Dr. J. Kucher.	Dr. H. Garrigues.

Anzahl der Patienten.....1454
„ „ Besuche.....3319
Durchschnittszahl für einen Tag..... 11

Innere Abtheilung für Frauen.

Montag, Mittwoch u. Freitag.	Dienstag, Donnerstag u. Samstag.
Dr. Wm. Balser.	Dr. F. C. Heppenheimer.
Dr. H. Kudlich.	Dr. R. Stein, } Mitarbeiter.
Dr. B. Morjé.	Dr. F. Leviseur, }

Anzahl der Patienten..... 4607
„ „ Besuche.....10,935
Durchschnittszahl für einen Tag..... 36

Innere Abtheilung für Männer.

Montag u. Donnerstag.	Dienstag u. Freitag.	Mitwoch u. Samstag.
Dr. Lauer.	Dr. Serr.	Dr. Seessel.
Dr. Schmitt.	Dr. Mechtold.	

Anzahl der Patienten.....4031
„ „ Besuche.....8889
Durchschnittszahl für einen Tag..... 29

Zahn-Abtheilung.

Dr. Wm. Caillé, Zahnarzt. (Herr C. Vetter resignirte als Zahnarzt am 15. Mai 1886.)

Anzahl der Patienten..... 2500
Durchschnittszahl für einen Tag.... 8
Einnahme im Jahr.....$205.00

Apotheke.

Herr A. Rutenick, Apotheker; Herr C. Richter, Assistent.

Anzahl der Recepte	42,804
„ „ „ à 10 Cts.	29,967
„ „ „ gratis	12,837
Durchschnittszahl für einen Tag	130
Einnahme in der Apotheke	$3746.00
Gesammt-Ausgaben für Apotheke (incl. Saläre)	2900.00

Das Kollegium der Aerzte bestand am 1. Januar aus 29 Mitgliedern und 5 Mitarbeitern.

Am 31. Oktober 1886 verloren wir durch den Tod unser Mitglied

Dr. Eugen Lauer.

Ausgetreten während des Jahres sind die Mitglieder

Dr. E. Tiegel, Dr. Gottlieb Stein und Dr. C. Nicolai,

welche dem *Dispensary* werthvolle Dienste geleistet haben.

Neue Mitglieder erhielt der Verein durch die Aufnahme der Doktoren

F. Krug, E. F. D'Oench, F. Guttmann, Willy Meyer.

Als Mitarbeiter wurden aufgenommen:

Dr. F. Leviseur und Dr. R. Stein.

Das Exekutiv-Committee bestand aus den Kollegen:

Wm. Balser, G. W. Jacoby und August Caillé.

Als Vertreter des Kollegiums der Aerzte des *Dispensary* im *Medical Board* des Hospitals fungirte Dr. L. Straus.

Das im vorigen Jahr creirte pharmaceutische Committee bestand aus den Doktoren:

F. C. Heppenheimer, Wm. Balser und Jul. Scheider.

Das Bibliothek-Committee aus:

Dr. J. Rudisch und Dr. A. Caillé.

Wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins.

Die unter den Auspizien der Hospital- und Dispensary-Aerzte tagende Versammlung deutscher Aerzte in 110 W. 34. St. erfreute sich der regsten Theilnahme.

Folgende Vorträge wurden im Laufe des Jahres im Dispensary-Gebäude gehalten:

Reflex der Nasenschleimhaut	Dr. J. W. Gleitsmann.
Chirurgische Praxis	Dr. F. Lange.
Hemianopsie	Dr. E. Gruening.
Endoskopische Erfahrungen	Dr. H. Klotz.
Phimosen-Operation	Dr. Geo. Degner.
Schreibekrampf	Dr. G. W. Jacoby.
Urinproben	Dr. M. Einhorn.
Zur Behandlung chronischer Lungenaffektionen etc.	Dr. A. Seibert.
Tinea trichophytina	Dr. I. Oberndorfer.

Unsere Bibliothek erhielt im Laufe des Jahres eine Anzahl neue Werke; auch wurden fehlende Jahrgänge von Journalen etc. durch Ankauf und Austausch erworben. Wir sind unserem Bibliothekar, Hrn. Dr. Klotz, für die umsichtige Leitung und Verwaltung dieser werthvollen Sammlung zu grossem Danke verpflichtet.

Bezüglich der Abhaltung zahlungsfähiger Patienten ist zu erwähnen, dass wir auch in diesem Jahre etwa 500 unwürdige Applikanten direkt nachgewiesen haben.

Ausserdem rapportirten wir der *Charity Organization Society* 657 zweifelhafte Fälle und erhielten darüber folgende Auskunft:

Vollkommen zahlungsfähig.....203.
Nicht „ ..... 263.
Falsche Adressen .....191.

Der von uns eingenommene Standpunkt in dieser Frage hat nicht viel Nachahmung gefunden, da sich zur Zeit nur 3 Dispensaries an die *Charity Organization Society* um Auskunft wenden. Es erscheint demnach, dass man im Grossen und Ganzen nicht ernstlich daran denkt, eine Abhaltung bemittelter Leute durchzuführen. Trotzdem werden die Aerzte am *Deutschen Dispensary* einem Missbrauch der Anstalt in der bisherigen Weise entgegenarbeiten, ungeachtet der Gefahr, dass durch ein derartiges Vorgehen die gelegentliche Acquisition zahlungsfähiger Patienten auf Umwegen einer Dispensary-Bekanntschaft nicht gut möglich ist.

Zum Schlusse sieht sich das Exekutiv-Committee veranlasst, auf die äusserst prompte Absolvirung des Dienstes von Seiten der Kollegen hinzuweisen und deren Bemühungen im Interesse der Anstalt anzuerkennen. Dr. August Caillé, Sekretär.

New York, 31. Dezember 1886.

Auszug aus dem vierten Jahresberichte der Deutschen Poliklinik der Stadt New York.

Es wurden im Jahre 1886:

10,894 Patienten behandelt,
30,030 Ordinationen ertheilt und
21,553 Rezepte berschrieben.

Diese Arbeit wurde auf 9 Abtheilungen von 32 Aerzten geleistet, so dass durchschnittlich auf eine Abtheilung

1,210 Patienten,
3,336 Ordinationen und
2,394 Rezepte, während auf einen Arzt durchschnittlich
340 Patienten,
938 Ordinationen und
674 Rezepte fielen.

Die höchste Patientenzahl betrug an einem Tage: 194; die niedrigste: 39.

Die gesammte Thätigkeit der Anstalt seit ihrer Gründung (17. Mai 1883) stellt sich also folgendermassen dar:

	Patienten:	Ordinationen:	Rezepte:
1883.....	2,869	8,700	6,000
1884	7,638	31,163	19,106
1885.....	9,949	38,196	20,256
1886.....	10,894	30,030	21,553
Seit Gründung der Anstalt:	31,350	108,089	66,915

Die Anstalt war jeden Tag, mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage, von 1—5 Uhr geöffnet, und zwar:

Für Augen-Krankheiten	von	2—3 Uhr.
„ Kinder- „	„	1—2 „
„ Frauen- „	„	3—4 „
„ Ohren- und Hals-Krankheiten	„	3—4 „
„ Nerven- „	„	3—4 „
„ Haut- und venerische „	„	3—4 „
„ Chirurgische „	„	4—5 „
„ Innere „	„	4—5 „
„ Zahn- „	„	1—2 „

Thätigkeit der einzelnen Abtheilungen.

Augenabtheilung.

Dr. M. Landesberg. Dr. F. Mathews.

Gesammtzahl der Patienten	577
„ „ Besuche	1818
Zunahme der neuen Patienten gegen 1885	175
„ „ Besuche gegen 1885	256

Kinderabtheilung.

Dr. H. Hackeling. Dr. Geo. W. Rachel.
Dr. Geo. C. Stiebeling. Dr. A. H. Stiebeling.*)

Gesammtzahl der Patienten	2095
„ „ Besuche	4369
Zunahme der neuen Patienten gegen 1885	399
„ „ Besuche gegen 1885	479

Frauenabtheilung.

Dr. H. J. Boldt. Dr. C. E. Denhard.
Dr. J. Schmitt. Dr. C. A. Von Ramdohr.

Gesammtzahl der Patienten	982
„ „ Besuche	3810
Zunahme der neuen Patienten gegen 1885	114
Abnahme der Besuche gegen 1885	610

Ohren- und Halsabtheilung.

Dr. S. Kohn. Dr. T. W. Busche. Dr. W. Freudenthal.

Gesammtzahl der Patienten	796
„ „ Besuche	3141
Zunahme der neuen Patienten gegen 1885	121
„ „ Besuche gegen 1885	577

Nervenabtheilung.

Dr. E. C. Spitzka. Dr. E. Tiegel.
Dr. F. De Kraft. Dr. R. Mollenhauer.

Gesammtzahl der Patienten	384
„ „ Besuche	2025

Haut- und venerische Abtheilung.

Dr. L. Weiss. Dr. J. Morvay Rottenberg.

Gesammtzahl der Patienten	1001
„ „ Besuche	2054
Zunahme der neuen Patienten gegen 1885	199
„ „ Besuche gegen 1885	17

*) Mitarbeiter.

Chirurchische Abtheilung.

Dr. C. W. Beck. Dr. W. Guden.
Dr. A. H. Stiebelitg*). Dr. H. Muehlfeld*).
Gesammtzahl der Patienten 1484
„ „ Besuche 5595
Zunahme der neuen Patienten gegen 1885 214
„ „ Besuche gegen 1885 765

Innere Abtheilung.

Dr. A. Aronson. Dr. F. W. Lilienthal.
Dr. S. Breitenfeld*). Dr. L. Price‡).
Dr. J. Glaser. Dr. E. Neumer*).
Dr. J. H. Tyndale†), Dr. A. Volkenberg†).
Dr. C. H. Weissberger‡).
Gesammtzahl der Patienten 2590
„ „ Besuche.....6227

Zahnabtheilung.

Dr. Bergmann†). Dr. Heindsmann.
Gesammtzahl der Patienten 991
Zunahme der Patienten gegen 1885 21

Von den 21,553 Rezepten waren 20,020 bezahlte und 1,533 freie.

Die Apotheke wurde von Herrn Leo P. Aronson, später von F. Krappe sehr prompt und gewissenhaft verwaltet.

Das Kollegium der Aerzte bestand am 1. Januar 1886 aus 20 Mitgliedern und 6 Mitarbeitern.

Es resignirten während des Jahres Dr. J. H. Tyndale als Mitglied und Dr. A. Volkenberg als Mitarbeiter, denen die Anstalt für die ihr geleisteten Dienste sehr zu Dank verpflichtet ist.

Neu aufgenommen wurden als Mitglieder: Dr. J. Morvay Rottenberg, Dr. M. Landesberg, Dr. R. Mollenhauer und Dr. W. Freudenthal; als Mitarbeiter: Dr. A. Volkenberg, Dr. S. Breitenfeld und Dr. E. Neumer.

Das Exekutiv-Committee bestand aus den Herren:

Dr. H. J. Boldt, Dr. C. Denhard und Dr. S. Kohn,

welchen *ex officio* die Beamten des Verwaltungsrathes, die Herren:

Richter Chas. J. Nehrbas, Präsident,
Dr. Geo. W. Rachel, Vice-Präsident,
Dr. C. A. Von Ramdohr, Sekretär, und
Dr. J. Glaser, Schatzmeister,

beigegeben waren.

Da in der Anstalt nur wirklich Unbemittelte behandelt werden, wird auf jeder einzelnen Abtheilung streng darauf geachtet, dass Bemittelte zurückgewiesen werden und in zweifelhaften Fällen die Dienste der *Charity Organization Society*, welcher der Anstalt durch Zahlung des regelmässigen Beiträges angehört, in Anspruch genommen.

Der Lesezirkel, welcher von Dr. Hackeling in anerkennenswerthester Weise verwaltet wird und welchem laut Beschluss vom 21. Januar jedes Mitglied angehören muss, giebt reichlich Gelegenheit, sich die beste Fachliteratur in leichtester Weise zugänglich zu machen.

Das Lesematerial zirkulirt in 2 Runden und zwar so eingetheilt, dass

*) Mitarbeiter. †) Resignirt. ‡) Nicht mehr aktiv.

die betreffenden Fachmänner womöglich die in ihrem Fach einschlagenden Blätter lesen können.

Das Emporblühen der Anstalt liegt einem jeden Mitglied am Herzen, was durch den Umstand bewiesen wird, dass jeder Einzelne seine Abtheilung sehr pünktlich besucht und dass die Kollegen weder Mühe noch Geldopfer scheuen, falls es sich um das Wohl der Anstalt handelt.

Dr. Morvay Rottenberg, Sekr.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Verein deutscher Aerzte von St. Louis.

Sitzung vom 26. November 1886.

Herr Dr. Heyn, Vorsitzender.

Herr Dr. Richter stellte eine Patientin vor mit einer Geschwulst oberhalb der linken Klavikula, welche sich luftkissenartig anfühlt und von der die äusseren Halsmuskeln, *Sterno-Cleido mastoideus* und *Trapezius*, abzugrenzen sind. Patientin klagt seit einigen Tagen über heftigen Husten. Nach Auftreten des Hustens bemerkt sie die Geschwulst, welche auf Druck sowohl, wie bei gewissen Bewegungen des linken Armes schmerzhaft ist. Dr. Richter hielt den Fall für ein akutes Emphysem der linken Lungenspitze.

Hr. Dr. Baumgarten referirte, zur Illustration der Exkursionsfähigkeit der Lungenspitzen, einen Fall von pulsirender Geschwulst — *Struma pulsans* — an der linken Seite des Halses, entsprechend dem linken Lappen der *Glandula thyroidea*. Der behandelnde Arzt hatte die Geschwulst für ein Aortenaneurisma gehalten. Auch die sphygmographischen Exkursionen waren ähnlich denen, welche durch die Pulsationen eines Aneurismas hervorgerufen werden. Bei abnehmendem Kräftezustand verkleinert sich die Geschwulst und verschwindet später gänzlich. Durch Inspirationsbewegungen wurde dieselbe bedeutend emporgehoben, so dass das Steigen und Fallen derselben den Grad der Expansion und Kontraktion der Lungenspitze anzeigte.

Dr. Riesmeyer hielt einen Vortrag über: Chirurgische Tuberkulosen. (Derselbe ist in dieser Nummer auf S. 59 abgedruckt.)

Hr. Dr. Pollmann bemerkt, dass der Tuberkelbacillus auch in Leichentuberkel entdeckt worden sei.

Hr. Dr. Alt erwähnt die Streitfrage, ob bei lokaler Tuberkulose des Auges die Exstirpation zur Verhütung der Allgemeininfektion gerechtfertigt sei oder nicht.

Hr. Dr. Heyn referirte einen Fall von Atropinvergiftung, bei dem er *Extr. Jaborandi fl.* ℥iii mit Erfolg anwandte.

Hr. Dr. Richter erzählte einen Fall von Morphiumvergiftung bei einem Potator. Derselbe hatte Abends grosse Quantitäten Bier getrunken und dann 10 g. Morphium genommen. Am nächsten Morgen wurden etwa zwei Quart Bier erbrochen. Ein Theil des Morphiums konnte ebenfalls nicht resorbirt worden sein, da die Vergiftungserscheinungen verhältnissmässig gering waren.

Dr. L. T. Riesmeyer, Sekr.

Sitzung vom 10. Dezember 1886.

Herr Dr. Spiegelhalter, Vorsitzender.

Hr. Dr. Pollmann hielt einen Vortrag über: Mastdarmfisteln bei Phthisikern.

Hr. Dr. Richter bemerkt, dass alle von ihm beobachteten Fälle von

Mastdarmfisteln, mit Ausnahme eines einzigen, Phthisiker betrafen. In keinem von ihm operirten Falle sei die Operation nachtheilig für das Lungenleiden gewesen.

Hr. Dr. Riesmeyer hebt hervor, dass eine Verschlimmerung des Lungenleidens nach der Operation wohl hauptsächlich in solchen Fällen zu befürchten sei, wo die Lokalerkrankung sich in der Nähe der Lunge oder des rechten *Ductus lymphaticus* oder des *Ductus thoracicus* befinde, wie das bei den Halsdrüsen der Fall sei.

Hr. Dr. Richter hielt bei der Behandlung der für Mastdarmfisteln Operirten für wesentlich, dass dieselben nicht als Operirte, sondern als Phthisiker behandelt werden sollen.

Hr. Dr. Evers hielt es nicht für erwiesen, dass die Mastdarmfisteln bei Phthisikern durch tuberkulöse Erkrankung veranlasst werden.

Hr. Dr. Greiner erwähnt, dass bei anderen Erkrankungen, bei denen Stauungshyperämien im Darm vorkommen—z. B. bei Lebercirrhose, Lungenemphysem, Herzfehler—sehr selten Mastdarmfisteln beobachtet werden. Redner, sowie Hr. Dr. Pollmann, sind der Ansicht, dass die Plethora sehr wenig zur Tuberkulose disponire, sondern dass direkt Insulte, Abschürfungen u. s. w. die Ursache der Prädilektion der Tuberkulose für die unteren Darmabschnitte sei. Hauptsächlich werde die Lokalerkrankung wohl durch das Verschlucken von Sputum verursacht.

Hr. Dr. Richter referirte einen Fall von Cerebralmeningitis, welcher nach einer *Otitis media purulenta* beider Ohren auftrat. Unterhalb des *Processus mastoideus* war Empfindlichkeit auf Druck vorhanden. Bei der Sektion stellte sich heraus, dass die Zellen des Warzenfortsatzes weder eiterig infiltrirt, noch injizirt waren. Es war eine Thrombose der Blutleiter der ganzen linken Hirnhälfte vorhanden. Meningen hyperämisch und eitrig infiltrirt. Dr. L. T. Riesmeyer, Sekr.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend.

Sitzung vom 1. November 1886.

Vorsitzender: Präsident Dr. C. Heitzmann.
Sekretär: Dr. Willy Meyer.

Dr. C. Heitzmann stellt einen 22jährigen, kräftig gebauten, gesund aussehenden Mann vor, welcher seit mindestens 16 Jahren an Lupus leidet. Seine Mutter hatte am rechten Arme „Narben", ob aber von Lupus herrührend, liess sich nicht eruiren. Sein eigenes Leiden heilte im Laufe der Zeit an einigen Stellen, um an anderen wieder neu zu erscheinen. Gegenwärtig ist die ganze linke Unterkiefergegend von einer flachen, rothen Narbe eingenommen, welche lebhaft an eine Verbrennungsnarbe erinnert. Unter dem linken Ohre befand sich vor 3 Monaten ein flaches, 1 cm. im Durchmesser haltendes Geschwür, welches jetzt verheilt ist. Ein Theil des linken Ohrläppchens fehlt. In der Unterkiefergend befand sich ein etwa 2 cm. im Durchmesser haltendes Geschwür, gegenwärtig fast ganz verheilt. Im oberen Drittel der Vorderfläche des rechten Unterschenkels sitzen zwei dunkelbraun-rothe Infiltrate, jedes etwa 2 cm. im Durchmesser, auch viel weniger auffallend als vor 3 Monaten. Am Rücken des rechten Fusses, insbesondere in der Gegend der Zehen, waren stark ausgeprägte papilläre Vegeta-

tionen vorhanden, jetzt stark abgeflacht. Auf beiden unteren Extremitäten sieht man flache Narben.

Hier liegt also eine Kombination der 3 Lupusformen Hebra's vor: der flachen, der hypertrophischen und der vegetirenden.

Seitdem A. Pfeiffer und H. Pagenstecher in Wiesbaden 1883 zuerst lupöses Gewebe in die vordere Augenkammer von Kaninchen verimpften und dadurch Tuberkulose des Auges erzeugten, wurde die Vermuthung der früheren Pathologen, dass Lupus eine Form von Hauttuberkulose sei, experimentell erwiesen. Auch gelang es Pfeiffer, Tuberkelbacillen in artifiziell hervorgerufenen Irisknötchen nachzuweisen. Die Experimente mit Verimpfung wurden vielfach theils mit, theils ohne Erfolg wiederholt, und die Majorität der heutigen Dermatologen neigt sich zur Anschauung, dass Lupus eine Hauttuberkulose sei. Dem Vorstellenden sind in seiner Praxis zwei Fälle vorgekommen, in welchen Lupöse an allgemeiner Tuberkulose verstarben.

Die frühere grausame Behandlungsweise hat jetzt einer milden, antibacillären Therapie weichen müssen, obgleich wir uns nicht verhehlen dürfen, dass Lupus jetzt noch eine der hartnäckigsten und am schwersten heilbaren Dermatonosen ist. Anscheinende Heilung wird häufig durch Rezidive illusorisch gemacht. Dies gilt für die Behandlung mit Aetzmitteln (Pyrogallussäure, Milchsäure), ebenso wie für jene mit Stichelung und dem scharfen Löffel. Intensiv wirkende Aetzmittel (rauchende Salpetersäure) sind hauptsächlich dann angezeigt, wenn die Lupus-Knötchen in Amyloid-Metamorphose begriffen sind. Im gegenwärtigen Falle hat die Anwendung des 10-prozentigen Salicylsäure-Mulls überraschende Besserung erzielt, und bleibt das Mittel wirksam, so könnte in wenigen Monaten Heilung zu erwarten sein.

Diskussion.

Dr. Ruppe hat im Laufe der Jahre viele Fälle von Lupus gesehen. Er glaubt, dass man häufig mit den Mitteln wechseln muss. Ein Mittel hilft nie lange. Ein Fall von „Lupus" der Lippe bei einem „syphilitischen" Mädchen wurde von ihm durch Sublimat-Injektionen geheilt.

Dr. Oberndorfer bezweifelt die dauernde Heilwirkung des Salicyls. Er zieht Pyrogallussäure vor.

Dr. Klotz gebraucht seit Jahren Salicyl in Form eines 5—10-prozentigen Heftplasters. Die Narben sind besser als bei Gebrauch schärferer Mittel. Am besten erscheint ihm Sublimat in 1-prozentiger Lösung. Als Vehikel benutzt er Benzoë-Tinktur nach R. W. Taylor. Die einzige unangenehme Eigenschaft derselben ist die Gelbfärbung.

Dr. Willy Meyer berichtet über die Behandlung des Lupus, wie sie an der Universitätsklinik des Prof. D'Outrelepont zu Bonn geübt wird. Die Knötchen werden skarifizirt oder mit dem Galvanokauter gestichelt und dann mit Sublimat-Priessnitz-Umschlägen ($1^0/_{00}$) zweimal täglich verbunden. Für den Verband im Gesicht werden Masken aus gewöhnlicher Gaze und Guttapercha-Papier mit Ausschnitten für Augen, Nasenlöcher, Mund und Ohren angefertigt und mit derselben Lösung angefeuchtet, aufgelegt und ebenfalls zweimal täglich gewechselt. Die Erfolge dieser, allerdings mehr für den Hospitalaufenthalt geeigneten Behandlung waren ausgezeichnete ; Heilungsdauer ist kurz und die Narbe glatt und nicht entstellend.

Dr. Leviseur macht auf die häufig beobachtete Umwandlung von Lupus in Carcinom aufmerksam und hält vor Allem schon deshalb eine gründliche Beseitigung der Knötchen für angezeigt.

Dr. Heitzmann bemerkt in seinem Schlussworte, dass die Diagnose Lupus syphiliticus heutzutage nicht mehr gestellt wird.

Darauf werden die vorgeschlagenen Kandidaten (4 an der Zahl) aufgenommen.

Es folgt eine kurze Exekutivsitzung, nach welcher Dr. M. Töplitz das Wort erhält zu seinem Vortrage über:

Pharyngomycosis, leptothricia benigna.

(Derselbe ist in No. 1, Bd. III der N. Y. Med. Presse, S. 13, abgedruckt.)

Diskussion.

Dr. Grüning: Dass Leptothrix auch in den Thränenröhrchen vorkommt, wurde zuerst von Waldeyer nachgewiesen. Im Jahre 1872 wurde hier ein solcher Fall beobachtet. Damals fiel G. die Aehnlichkeit zwischen Leptothrix-Konkrementen in den Thränenröhrchen mit denen, die man in den Tonsillen findet, auf. Als er dann im Jahre 1881 einen zweiten Fall von L. eines Thränenröhrchens beobachtete, verglich er das entfernte Konkrement mit anderen, die er aus der Tonsille derselben Patientin entfernt hatte. Er fand fast vollständige Identität. Drei Monate lang untersuchte er dann alle seine Patienten im *Deutschen Dispensary* auf diese Konkremente hin und sah in dieser kurzen Spanne Zeit 50 solcher Fälle. Es ist demnach etwas sehr Alltägliches. Von 10 erwachsenen *Dispensary*-Patienten haben gewiss 5 Leptothrix-Konkremente in den Tonsillen. Dass diese auch in anderen Hohlräumen des Mundes vorkommen, steht fest. G. kratzte andere weisse Flecke im Munde ab, untersuchte und fand, dass sie aus denselben Pilzen bestehen. Die von dem Vortragenden gewählte Bezeichnung „*benigna*“ scheint überflüssig, da es keine *maligna* giebt.

G. erwähnt ferner, dass er 7 Fälle von Verallgemeinerung dieser Mykose im Munde gesehen hat. Gewöhnlich werden zunächst die Balgdrüsen an den seitlichen Pharynxwänden involvirt. Die Oeffnung derselben ist klein, der dahinterliegende Blindsack gross. Der Propf kam desshalb schwer heraus. In Folge dessen ist die Heilung schwer und treten subjektiv unangenehme Erscheinungen auf. Therapeutische Versuche aller Art blieben erfolglos. Als die Patienten nach Monaten wiederkamen, waren sie völlig gesund.

Stoerck beschreibt dieselbe Krankheit als Seborrhöe der Rachen-Schleimhaut und des Larynx, Mackenzie als *Pharyngitis follicularis exsudativa.*

Redner wies seiner Zeit darauf hin, dass es diese Krankheit gar nicht giebt.

Dr. Waldstein beobachtete eine 21jährige junge Dame, welche recht bedeutende Beschwerden von dieser Krankheit hatte. Sie konnte des Nachts nicht schlafen, empfand dauernd ein kratzendes, trockenes Gefühl in der betr. Seite des Halses und am Zungenrücken und kam dadurch etwas herunter. Die Therapie war bis jetzt machtlos; scharfer Löffel und Galvanokaustik wurden allerdings noch nicht versucht. Es scheint ihm eine Differenz zwischen seinen und Dr. Gruening's Fällen zu bestehen. Die letzteren waren vielleicht schon abgelaufen.

Dr. W. Mittendorf stimmt Dr. Gruening bei; der interessanteste Fall war der einer Dame, welche des Letzteren Aufsatz gelesen hatte. Sie brachte ihm Massen, die sie selber mittelst einer Häkelnadel entfernt hatte. Dieselben waren Leptothrix-Fäden. P. laborirte an einem Thränensackleiden, welches vielleicht die gleiche Ursache hatte.

Dr. Toeplitz bemerkte in seinem Schlussworte, dass das Auffinden

von Leptothrix im Munde und Rachen, sowie in den Tonsillen natürlich ist. Doch eine blasse Auflagerung ohne Symptome ist noch keine *Pharyngomycosis tonsillaris*. Sein Patient hat energisch darauf bestanden, dass er behandelt werde. Wenn man energisch vorgeht und schnell genug hintereinander operirt, und wenn die Affektion nicht zu ausgebreitet ist, wird man gewiss Heilung erzielen.

Dr. F. Lange zeigt eine, aus dickem Telegraphendraht geflochtene, für die untere Extremität bestimmte Schiene zum Zweck antiseptischer Irrigation vor. Wird dieselbe mit Gazebinden-Streifen überbrückt, so bekommt man ein Bett von Gazebinden, auf der die Extremität bequem ruht. Die Schiene muss die Kontouren des betreffenden Gliedes nachahmen. Seitlich sind Haken angebracht, um das Ganze suspendiren zu können. Um die Durchnässung und Ueberschwemmung im Bette zu verhüten, lässt man eine kleine Lücke in dem Gazebinden-Netz, ölt entsprechend derselben den Draht gut ein und lässt ein kleines Läppchen nach unten laufen, wodurch die Flüssigkeit leicht und sicher ableckt. Die Schiene empfiehlt sich besonders in der kriegschirurgischen Praxis. Für die obere Extremität ist eine analoge Schiene leicht herstellbar.

Es folgt:

Dr. H. Garrigues' Vortrag:

Die Wurzelrinde der Baumwollenstaude als uterines Haemostaticum.

(Derselbe ist in No. 6, Bd. II, auf S. 231 der N. Y. Med. Presse abgedruckt.)

Diskussion.

Dr. Scharlau erklärt, dass er dieses Mittel möglichst bald zu versuchen gedenke.

Dr. Oberndorfer möchte erwähnen, dass ihm von Frauen öfters gesagt worden ist, sie hätten das Mittel, um Abortus hervorzubringen, wochenlang genommen.

Nach einer Exekutivsitzung, Nominationen von Beamten, Vorschläge neuer Mitglieder etc. Schluss der Sitzung.

Bücherschau.

Lehrbuch der allgemeinen Elektrisation des menschlichen Körpers. S. Th. Stein, Frankfurt a. M.; Wilhelm Knapp, Halle a.S., 1886.

Verf. sucht in klarer, deutlicher Weise, — wie schon der Titel besagt, — die Aufmerksamkeit auf die Technik der allgemeinen Elektrisation zu lenken: insbesondere als Heilmittel der Nervenschwäche und ähnlicher Krankheitszustände.

Das Buch ist in 4 Theile eingetheilt:

I. Die allgemeine Faradisation und Galvanisation.
II. Elektrische Bäder.
III. Die Franklinisation und das elektrostatische Luftbad.
IV. Gebrauch, Leistungen, Pflege und Ersatz der Apparate.

Der Text ist reichlich mit Abbildungen von Apparaten versehen, welche theilweise eigene, theilweise von anderen Autoren entliehene Holzschnitte sind. Vor Allem empfiehlt Verf. die Benützung eines Edelmann'schen Horizontalgalvanometers zur richtigen Dosirung der Stromstärke. Er befürwortet ferner die von Beard und Rockwell beschriebene Methode der allgemeinen Faradisation, dabei bemerkend, dass die Erfahrung ihn gelehrt hat, dass die Erfolge bei einer vereinfachten Behandlungsmethode bei Weitem nicht so gut sind, wie bei einer gewissenhaft und sowohl sorgfältig, wie vollständig durchgeführten allgemeinen Faradisation in der von Beard zuerst beschriebenen Weise.

Diese Methode besteht bekanntlich darin, dass der Patient, vollständig ausgekleidet, auf einen Stuhl gesetzt wird und ihm unter das Gesäss oder die Füsse eine mit Flanell überzogene, mit warmem Wasser benässte und mit dem negativen Pole eines Induktionsapparates verbundene Kupferplatte gelegt und dann ab-

wechselnd das Rückgrat (2 Minuten lang), die Rückenmuskulatur (3 Minuten), die Brust- und Bauchmuskulatur (3 Minuten), sodann die oberen und unteren Extremitäten je 1 bis 2 Minuten mit einer grossen Schwammelektrode bestrichen und schliesslich der Kopf durch Auflegen der elektrischen Hand (1 bis 2 Minuten) beeinflusst wird.

Die „Centrale Galvanisation" von Beard hält Verf. für vollkommen entbehrlich, empfiehlt dagegen die allgemeine Galvanisation besonders bei Spinalirritation, in folgender Weise ausgeübt:

Die Kathode unter den Füssen des Patienten, die Anode mittelst einer 15 cm. langen und 5 cm. breiten, mit porösem Waschleder überzogenen Platte auf der Cervikalgegend aufruhend; Stromstärke 4 *Milliampères;* Dauer 5 Minuten. Dann wird an Stelle der Anodenelektrode eine Rollenelektrode angefügt und der Rücken bestrichen; Dauer 5 Minuten; Stromstärke 4 bis 6 *Milliampères.*

Da nun die sorgfältige Anwendung der allgemeinen Faradisation mit vielen Schwierigkeiten verbunden ist, so wandte sich Dr. Stein, wie auch andere: Erb, Eulenburg, Schweig etc., zur allgemeinen Faradisation oder Galvanisation im elektrischen Bade.

Dr. Stein zieht mit Recht das dipolare Bad dem monopolaren vor, aus dem Grunde, dass im dipolaren Bade eine gleichmässige Vertheilung der Stromstärke stattfindet. Um nun den von Eulenburg besonders hervorgehobenen Einwand, dass im dipolaren Bade (bei Anordnung der Pole an den Enden der Badewanne) den menschlichen Körper die Stromschleifen in einer so verschiedenen Dichtigkeit treffen, dass einzelne Körpertheile zu wenig Strom erhalten, zu vermeiden, hat Verf. folgende Anordnung des Stromes im Bade getroffen:

Die Anode wird mit einer Platte am Kopfende der Badewanne verbunden, während die Kathode, gabelig getheilt, mit einer Platte am Fussende der Badewanne und einer 30 cm. langen und 20 cm. breiten Elektrodenplatte (Schaufelelektrode) angebracht ist; letztere wird ungefähr in die Mitte der Wanne gehalten. Auf diese Weise wird nicht nur der Strom in allen Theilen des Körpers des Badenden empfunden, sondern Verf. hat auch bewiesen, dass der Strom in die tiefsten Theile einzudringen vermag.

Der Artikel über Franklinisation und das elektrische Luftbad enthält beinahe Alles, was über diesen Theil der Elektro-Therapie zu schreiben wäre; nur vermissen wir eine Andeutung der Morton'schen Elektrode und des hiermit zu erzeugenden Stromes, welcher Eigenschaften ähnlich dem Faraday'schen besitzt.

Besonders nützliche Anwendung finden statische Ströme bei hysterischen Leiden und Lähmung, Anästhesieen, Tremor etc.

Endlich beschreibt Verf. eine Modifizirung des Leclanché-Elementes, welches sich in kleiner Form besonders zur Zusammensetzung einer transportablen Batterie eignet.

Im grossen Ganzen ist das Werk für den Gebrauch des praktischen Arztes, der sich mit Elektrotherapie befasst, vorzüglich geeignet. Dr. F. de Kraft.

An Epitome of the Newer Materia Medica, etc., with complete Property and Dose List; designed for the special convenience of the busy physician; 4th ed. Issued by Parke, Davis & Co., 1886.

Bei der ungeheuren Anzahl neuer Arzneimittel, auf welche in stetig zunehmender Folge die Aufmerksamkeit der Mediziner gelenkt wird, ist ein Verzeichniss wie das vorliegende von grösstem Werthe für den praktischen Arzt. Dasselbe giebt in alphabetischer Anordnung die Eigenschaften und Präparate aller neuen Heilmittel an, gleichviel ob sie offizinell sind oder nicht. Da die Firma Parke, Davis & Co. alle Extrakte, Tinkturen etc. nicht nur nach Vorschrift der amerikanischen, sondern auch nach der deutschen Pharmakopöe herstellt, so dürfte das Büchlein jedem deutschen Arzte willkommen sein — zumal da dasselbe, brochirt, auf Wunsch an irgend eine Adresse kostenfrei versandt wird. G. W. R.

A Textbook of Medicine for Students and Practitioners, by Dr. Adolf Strümpell, Professor, etc. Translated by permission from the second and third German editions by Dr. Hermann F. Vickery (Boston) and Dr. Phil. Coombs Knapp (Boston); with editorial notes by Dr. Fred. C. Shattuck (Boston). D. Appleton & Co., New York, 1887.

Der ersten Auflage dieses Kompendiums, welche 1883 erschienen, ist sehr schnell eine zweite und eine dritte gefolgt, gewiss ein deutlicher Beweis der Brauchbarkeit des inhaltreichen Werkes für den Studenten und namentlich für den praktischen Arzt.

Die Ausgabe einer Uebersetzung, welche in vorzüglicher Ausstattung von der Firma Appleton veranstaltet worden ist, wird dem englischlesenden medizinischen Publikum hochwillkommen sein. In den 950 Seiten ist eine reiche Fülle

der neuesten klinischen Beobachtungen und Behandlungsmethoden niedergelegt; 111 meist schematische Illustrationen erleichtern das Verständniss. Die Uebersetzung ist möglichst wörtlich, dabei aber doch gut und fliessend, und die Nomenklatur mit derjenigen konform, welche noch von dem jüngst verstorbenen Dr. Austin Flint in einer Vorlage ausgearbeitet worden und von der *American Medical Association* angenommen worden ist, um sie dem nächsten internationalen Kongresse zur Annahme vorzulegen. (F. war Vorsitzender des vom int. Kongr. 1881 ernannten Committees.)

Die Maasse und Gewichte sind nach beiden Systemen angegeben, und die Präparate so viel wie möglich mit den in den Vereinigten Staaten gebräuchlichen in Einklang gebracht.

Das Werk ist in jeder Hinsicht empfehlenswerth. G. W. R.

Clinical Therapeutics, Lectures in Practical Medicine, delivered in the Hospital St. Antoine, Paris, France, by Prof. Dujardin-Beaumetz. Translated by Dr. E. P. Hurd (Newburyport, Mass.). Detroit, Mich., George S. Davis, 1885.

Die vorzügliche Uebersetzung der Vorlesungen des grossen französischen Klinikers ist ein sehr lobenswerthes Unternehmen, dessen Werth vom Autor selbst in einer Vorrede in wärmsten Ausdrücken anerkannt wird.

Der Inhalt bezieht sich ausschliesslich auf die Behandlung, und zwar werden der Reihe nach Nervenkrankheiten, Allgemein-Erkrankungen und Fieber in den Kreis der Betrachtung gezogen. Von Allgemein-Erkrankungen werden Anaemie, Rheumatismus, Gicht, Diabetes und Syphilis durchgenommen ; von Fiebern der Abdominaltyphus, die Intermittens und die akuten Exantheme.

Die deutsche medizinische Literatur ist in überraschend unparteiischer und ausgiebigster Weise benutzt. G. W. R.

Die Zimmer-Gymnastik; Anleitung zur Ausübung aktiver, passiver und Widerstands-Bewegungen ohne Geräthe, nebst Anweisung zur Verhütung von Rückgrats-Verkrümmungen, von Dr. B. Fromm (Berlin). — August Hirschwald; Berlin, 1887.

Die durch 70 Abbildungen erläuterten gymnastischen Uebungen sollen an Stelle des immerhin einseitigen „Methodischen Bergsteigens" treten, wie es von Professor Oertel in München gegen „Krankheiten im Zirkulationsapparate, Stauungen im Venensysteme, Herzschwäche, Beengung des Lungenkreislaufes, mangelhafte Verbrennung und Verfettung des Herzmuskels" als hauptsächlichstes Heilmittel empfohlen und mit vielem Erfolge angewandt wird. Oertel selbst erklärt diese Bewegungsform für „eine der anstrengendsten", und ist dieselbe häufig in ihrer Ausführung schwer kontrollirbar, führt leicht zu Uebertreibungen und ist ausserdem nicht überall durchführbar und anwendbar.

Die 95 theils aktiven, theils passiven und endlich, *last but not least*, die Widerstandsbewegungen sind genau vorgeschrieben und legt F. namentlich auf letztere, welche das wesentliche Moment der sog. „schwedischen Heilgymnastik" bilden, grossen Werth. Es bedarf dazu eines Gehülfen, der dieselben leitet und den Widerstand hervorruft, ein Umstand, der nach F. die konsequente Fortsetzung und Durchführung viel besser garantirt.

Die Rathschläge für die Anwendung dieses Verfahrens in allen speziellen Fällen krankhafter oder mangelhafter Entwickelung sind sehr beherzigenswerth, und ist das Werkchen nicht blos Medizinern, sondern auch Eltern und Erziehern sehr zu empfehlen. G. W. R.

Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen; Handbuch der Diätetik etc., von Doz. Dr. J. Munk (Berlin) und Prof. Dr. J. Uffelmann (Rostock). — Wien und Leipzig; Urban & Schwarzenberg, 1887.

Dieses ca. 600 Seiten starke Werk füllt eine längst fühlbare Lücke auf dem Gebiete der Diätetik aus, indem es die theoretischen Arbeiten über den Stoffwechsel, die hygienischen Studien über Ernährung und die gründliche Behandlung der verschiedenen Nahrungs- und Genussmittel in einer einheitlichen Arbeit vereinigt.

Namentlich ist auf die bei der medizinischen Behandlung eine immer wichtigere Rolle spielende Lehre von der Ernährung kranker Menschen speziell Rücksicht genommen, und ist die präzise Darstellung dieses wichtigen Kapitels von unschätzbarem praktischen Werthe.

Nur in Bezug auf einen praktisch immerhin wichtigen Punkt — den einzigen, der bei gründlicher Lektüre zur Kritik auffordert — möchte Ref. aufmerksam machen. Es ist dies die Bedeutung des Eiweisses in Bezug auf seine Erhöhung der Fähigkeit des Organismus, während des Schlafes Sauerstoff aufzunehmen und denselben in den Geweben aufzuspeichern, wie das von Henneberg nachgewiesen wor-

den ist. Wie denn überhaupt der von Pettenkofer und Voit nachgewiesene Unterschied in der Sauerstoffaufnahme während des Wachens und während des Schlafes keine Berücksichtigung gefunden hat.

Eine äusserst übersichtliche Farbentafel, welche die prozentarische Zusammensetzung und Ausnützung der hauptsächlichsten Nahrungsmittel klar zur Anschauung bringt, ist beigegeben.

Näheres Eingehen auf diese hochwichtige Publikation verbietet uns leider der Raum. G. W. R.

A practial treatise on Palatable Prescribing, containing the favorite Formulary of the most eminent Medical and Surgical authorities, collated &c., by B. W. Palmer, M. D., Second Edition, enlarged and revised. — Detroit, Mich., Geo. S. Davis, 1885.

Eine mit vielem Fleisse und grosser Umsicht zusammengestellte Sammlung von über 600 Rezepten, deren Hauptvorzug es ist, dass sie den unangenehmen Geschmack, der so vielen Droguen eigen ist, verdecken und die Mixtur, wenn nicht immer wohlschmeckend, so doch erträglich machen.

Wer da weiss, wie viel oft, namentlich hierzulande, von solchen sogenannten „Kleinigkeiten" abhängt, der wird Palmer's Büchlein als zuverlässigen Rathgeber nicht gern entbehren mögen. G. W. R.

Bei der Redaktion eingegangene Bücher, Broschüren und Zeitschriften:

Grundriss der Bakterienkunde, von Dr. Carl Fraenkel, Assist. a. d. hyg. Institut d. Univ. Berlin; Aug. Hirschwald; Berlin 1887.

Preliminary Draft of a National Formulary; Report of the Committee to the *Am. Pharmaceutical Association.*

Tageblatt der 59. Versammlung d. Naturforscher und Aerzte in Berlin (18.—24. Sept. 1886; Red. v. Dr. Guttstadt, Dr. S. Guttmann und Dr. Sklarek; Hirschwald, Berlin.

On the Origin and Development of the Bacillus Tuberculosis in the human Lung, Liver, Spleen etc. by H. D. Schmidt, M. D., Pathologist to the *Charity Hospital*, New Orleans; The Clark & Longler Co., Chicago, 1886.

Die Lebersyphilis. Ein Beitrag zur Symptomatologie derselben von Dr. Louis Peiser; Leipzig, Gustav Fock; 1886.

The Use of Ichthyol in the Treatment of Skin Diseases; by Dr. Jos. Zeisler. Read before the Chicago Medical Society, Nov. 15th, 1886.

Experiments on the Action of Bacteria on Operations of the Eye; by H. Knapp.—Repr. from *Arch. of Ophthalmology*, Vol. XV., No. 1.

Blindness from Thrombosis of the retinal Vessels in facial Erysipelas; by H. Knapp. — Repr. from *Arch. of Ophthalm.* Vol. XIII., No. 1.

A case of Ivory Exostosis of the Ethmoid Cells—Exstirpation from the Orbit—Death—Autopsy—Remarks; by H. Knapp. — Repr. from *Arch. of Ophthalm.* Vol. XIII., No. 1.

Report on Biloxi Fever; Board of Health, New Orleans. La.

Diphtheria and its Treatment, by Dr. Samuel W. Smith, M. D.; Repr. from *N. Y. Med. Record*, March 27th, 1886.

Original Deductions based on One hundred Cases of Fractures of the Upper Extremities excluding the Hand, by Samuel W. Smith, M. D.—Repr. from *N. Y. Med. Record*, December 19th, 1885.

The early Use of the Knife in Angiomatous Naevi, as compared with other Methods of Treatment, by Samuel W. Smith, M. D.—Repr. from *Trans. of N. Y. State Med. Association*; 1885.

The Improved Rorick System of Rectal Treatment, etc., by F. H. Rorick, M. D., Chicago, Ill.

Announcements von folgenden medizinischen Lehranstalten:

St. Joseph (Mo.), Med. College, Wom. Med. College of Baltimore, College Phys. and Surg. Chicago, North-Western Ohio Med. College (Toledo, O.), Wom. Med. College of the N. Y. Infirmary, Boston University School of Medicine; N. Y. Polyclinic. Newland's School of Midwifery and Lying in Institute, St. Louis, Mo.

Eighteenth Annual Report and By-Laws of the N. Y. Physicians Mutual Aid Society; New York, 1887.

Seventeenth Annual Report of the New York Ophthalmic and Aural Institute; New York, 1886.

Seventeenth Annual Report of the Manhattan Eye and Ear Hospital, etc. New York, 1886.

Clinical Observations on Endoscopy of the male Urethra, by Herrmann G. Klotz, M. D.; Reprint fr. *N. Y. Med. Journal*, November 27., 1886.

Eighth Annual Report of the State Board of Health of Illinois, 1886.

Zuwachs von Wechselblättern:

The Pacific Record of Medicine and Pharmacy (Spanisch und Englisch); Dr. Chas. W. Moore, Redakteur; San Francisco, Cal.

Canada Medical and Surgical Journal; Dr. Geo. Ross, Dr. T. G. Roddick und Dr. James Stewart, Redakteure; Montreal.

The Southwestern Medical Gazette; Dr. M. F. Coomes und Dr. J. B. Marvin, Redakteure; Louisville, Ky. (Vol. I. No. 1.)

The Microscope, an illustrated monthly journal, devoted to microscopical science; edited by W. P. Marston, M. D., Frank W. Brown, M. D., George Duffield, M. D., and Charles G. Jennings, M. D., published by D. O. Haynes & Co., 21 State St., Detroit, Mich.

Gesundheitsbote; Ed. Dr. W. Denke-Walter. Indianapolis, Ind.

The Alabama Med. and Surg. Journal; Ed. Dr. J. D. S. Davis and Dr. W. E. B. Davis; Birmingham.

The Annals of Hygiene; Ed. Dr. Jos. F. Edwards; Philadelphia, Pa.

Health and Home; Dr. W. H. Hale; Chicago.

Miscellen.

Ein Rivale des Kautschukmannes wurde vor Kurzem dem bekannten Anthropologen Prof. de Quatrefages in Paris vorgestellt und von demselben untersucht.

Simon Aiguier, 30 *Jahre alt, aus der Provence gebürtig, Bäckergehilfe;* ist von mittlerer Grösse und schlank, besitzt aber ungemein starke und

Wir machen auf unser neues, allein gültiges Quittungsformular aufmerksam, welches beistehend abgedruckt ist:

Office of the „New Yorker Medizinische Presse."

---------- *188..*

Received of ----------

For Subscription } *from* ---------- *to* ----------
" Advertisement }

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

per ----------

entwickelte Muskeln. Er gab bei der erwähnten Vorstellung zunächst durch eine plötzliche und äusserlich gar nicht wahrnehmbare Muskelzusammenziehung seinem ganzen Körper die Starrheit einer Statue, so dass sein Bauch, wenn man daraufschlug, wie ein Brett erklang. Auf einen Wink des Doktors belebte die Statue sich wieder und nun machte der Mann die merkwürdigsten Experimente mit den Eingeweiden seiner Bauchhöhle. Er liess diese wie einen Kürbis daraus hervortreten und bewegte sie ganz nach Belieben von oben nach unten, wie von rechts nach links. Er gab sich den Anschein eines übermässig dicken Menschen, zog dann mit einem Male die vorgetretenen Eingeweide ganz ein und schob sie nach oben in den Brustkorb, so dass er völlig das Ansehen eines Gerippes erhielt und man die Rückenwirbel von vorne durch die Haut des Bauches hindurch fühlen konnte. Bei den weiteren Versuchen stellte Aiguier einen Geräderten dar, dann wieder einen Aufgehenkten, indem er dabei auf das Genaueste alle hierbei hervortretenden Erscheinungen — bis auf die tiefe Strangulationsrinne um den Hals an seinem Körper nachzuahmen verstand, so dass es wirklich ganz grausig anzusehen war. Zum Schlusse unterbrach dieser merkwürdige Mensch ganz nach Belieben den Blutumlauf auf der rechten oder linken Seite seines Körpers; er brachte dies durch einfache Zusammenziehung der Muskeln zuwege. Nach dem Urtheile von Quatrefages besitzt Aiguier eine höchst seltsame Körperbeschaffenheit, welche die der sogenannten Skelettmenschen und Kautschukmänner weit überbietet und zum Theil auf Naturanlage beruht, zum Theil aber auch von ihm selber durch fortgesetzte Uebung weiter ausgebildet worden ist.

Koehler (Posen). — Zwei Fälle von Heufieber. — *Berliner Klinische Wochenschrift;* 7. Juni 1886.

Beide Patienten erkrankten immer im Juni, der eine davon stets zur Blüthezeit des Korns. Beide hatten hypertrophischen Nasenkatarrh und geschwellte Mandeln und wurden durch Galvanokaustik dauernd geheilt. Die Entstehung der Krankheit spricht nach dem Verf. für die Pollentheorie, während der Erfolg der eingeschlagenen Therapie Hack's und Duly's Ansichten bestätigt.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

H. IMHOF,
APOTHEKER,
189 East Broadway, cor. Jefferson Street,
NEW YORK.

THOMAS LATHAM,
APOTHEKER,
3. Ave. & 75. Street, NEW YORK.
(vormals bei Elmer & Amend),
erbittet sich die Patronage der Profession. Aerzten die Zusicherung, dass ich Recepte *lege artis* und mit ausschliesslicher Benützung der besten Droguen bereite.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. III. New York, Februar 1887. No. 3.

Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der pneumatischen Differentiation.

Von Dr. E. Tiegel, New York.

Vortrag mit Demonstrationen, gehalten im *Verein der Aerzte des Deutschen Dispensary* am 14. Januar 1887.

M. H.! Das pneumatische Cabinet, das ich Ihnen heute demonstriren möchte, ist seit ungefähr 3 Jahren im Gebrauch. Es sind etwa ein Dutzend Publikationen über dasselbe erschienen, die meistens Krankengeschichten und Diskussionen über die praktische Verwendung des Cabinets enthalten. Aus diesen Berichten geht hervor, dass in der That die Anwendung des Cabinets in gewissen Fällen wesentliche Dienste geleistet hat, in denen voraussichtlich jedes andere therapeutische Hülfsmittel, das überhaupt unter den gegebenen Umständen zur Verfügung stand, im Stiche gelassen hätte. Man wird allerdings in vielen der mit dem Cabinet erfolgreich behandelten Fälle sagen können, dass eine systematische Kur in einer besonderen Heilanstalt ebenso nützlich gewesen wäre. Aber eine solche Kur ist eben durchaus nicht für Jeden, der ihrer bedürftig wäre, möglich.

Auf jeden Fall bestätigen die Berichte wieder eine Thatsache, deren Tragweite man immer mehr würdigt, ich meine, dass Phthisiker durch geeignete Behandlungen in einen Zustand gebracht werden können, in dem sie auf Monate und Jahre sich subjektiven Wohlbefindens und einer gewissen Arbeitsfähigkeit erfreuen. Hiemit aber erwächst uns die Aufgabe, die Bedingungen, unter denen dieses erreicht werden kann, möglichst genau kennen zu lernen, um sie realisiren zu können.

Je mehr Kurmethoden, die erfahrungsgemäss zu demselben Ziele führen, scheinbar verschieden sind, mit um so grösserer Wahrscheinlichkeit müssen wir annehmen, dass dasjenige, was ihnen gemeinsam ist, auch das Wesentliche sei. Gerade in diesem Sinne dürfte das pneumatische Cabinet Ihr Interesse erregen.

Es sind bereits viele verschiedene Formen pneumatischer Cabinete und Maschinen im Gebrauch, denen von Praktikern gute Erfolge nachgerühmt werden. Ich würde es für eine sehr nützliche Arbeit halten, alle diese Berichte vergleichend zu studiren, um so den für den Erfolg wesentlichen Momenten näher zu kommen. Bei dem Versuche einer solchen Arbeit zeigt es sich aber, dass genauere Detailkenntnisse der einzelnen Maschinen nöthig sind, als man sie aus Beschreibungen gewinnen kann.

Bei jeder dieser verschiedenen Formen von Cabineten hat man sich bemüht, als physiologische Corollarien experimentelle Untersuchungen anzustellen, aus denen man dann die Wirksamkeit der einzelnen Methoden ableiten wollte. Ich habe gegen alle diese Experimente einzuwenden, dass sie nur *ad hoc* gemacht sind und darum nicht im Zusammenhang mit fest begründeten physiologischen Thatsachen stehen.

Hiemit aber bezweifle ich keineswegs die rein praktischen Resultate, die über die betreffenden Maschinen berichtet werden. Hingegen bezweifle ich, dass man genau genug gewusst habe, was man machte.

Der Grund, warum ich mich für das Cabinet, dass ich Ihnen heute Abend zu zeigen die Ehre habe, besonders interessirte, war zunächst ein physiologischer.

Die Lehre vom Kreislauf und besonders die Beeinflussung desselben durch die Athmung hat in den letzten Jahren eine sorgfältige Bearbeitung gefunden, so dass sie eines der wenigen Kapitel ist, in dem wir uns mit einiger Sicherheit bewegen können. Mögen sie mir erlauben, ganz kurz die Punkte, die mir in Bezug auf das Cabinet auffielen, anzuführen.

Denken wir uns unser ganzes Gefässsystem vom Körper isolirt und das Herz in Ruhe, dann würde sich das Blut so vertheilen, dass es überall unter demselben Drucke stünde. Die Dehnung, welche die einzelnen Theile erleiden, wäre nur durch Dicke und Elastizität der Wand der betreffenden Theile bestimmt. Am meisten würden gedehnt sein die Capillaren, dann die Venen und das rechte Herz, am wenigsten das linke Herz und die Arterien. Sobald wir uns nun dieses System in den Körper eingesetzt denken, muss eine Aenderung der Blutvertheilung entstehen. Im Pleuraraum ist der Druck einige Millimeter Quecksilber geringer als in der Atmosphäre, und dementsprechend muss nun eine bestimmte Menge Blut zu den im Thorax liegenden Gefässen zufliessen. Dadurch werden diese Gefässe stärker gedehnt als vorher, aber die verschiedenen Theile in sehr ungleicher Stärke. Wenn der Bewegungsvorgang aufgehört hat, wird wiederum das Blut in allen Theilen des Gefässsystems unter demselben Drucke stehen, aber seine Masse hat sich so verschoben, als ob alle intrathoracal gelegenen Theile dünnwandiger geworden wären.

Nun lassen wir nicht den Herzschlag, sondern die Athmung eintreten. Durch die Inspiration werden die eben beschriebenen Verhältnisse noch verstärkt: es wird noch mehr Blut in den Thorax hineingesaugt. Die Klappenvorrichtungen des Herzens bewirken es, dass das Blut nur aus den Venen, nicht auch aus den Arterien des Körpers genommen werden kann. Im Moment der Inspiration müssen wir eine venöse Thalwelle haben. Wenn nun eine gewöhnliche Exspiration folgt, so muss das Blut wieder aus dem Thorax ausfliessen, aber nicht mehr zurück in die Venen, sondern vorwärts in die Arterien des Körpers. Durch eine forcirte Exspiration kann dieser Ausfluss noch bedeutend verstärkt werden. So ist zu verstehen, wie bei ruhendem Herzen, durch forcirte Athmung allein, eine Art Kreislauf unterhalten werden könnte, dem Sinne seiner Bewegung nach gleichgerichtet dem durch das Herz hervorgebrachten. Ueberlegungen dieser Art waren es, die eine Zeit lang Physiologen und Aerzte glauben liessen, dass der Druck in den Körperarterien bei der Exspiration steige und bei der Inspiration sinke. Wir wissen jetzt, dank einer Reihe sorgfältiger, an Thieren und an Menschen angestellten Untersuchungen, dass weitaus in den meisten Formen des Athmens der Druck in den Körperarterien höher ist während der Inspiration als während der Exspiration. Wohl ist es richtig, dass die Inspiration ohne Herzschlag Blut zum Thorax ansaugt und die Exspiration ohne Herzschlag es aus demselben ausdrängt, aber diese Momente werden durch andere überboten in dem Augenblick, wo das Herz seine Thätigkeit beginnt. Das Tempo der Arbeit des Herzens ist viel rascher als das der Athmung, und als treibendes Moment für das

Blut ist das Herz sehr viel stärker als die Athmung. Dies ist der mechanische Grund, warum keine einfache Addition der Wirkung beider statt hat. Vergleichen wir für einen Augenblick den Inhalt des Thorax im Zustande tiefer Inspiration mit dem Zustande in tiefer Exspiration. Bei der Inspiration sind die Lungen durch Aufsaugen entfaltet. Auf der Alveolarseite ist der Druck gleich einer Atmosphäre; auf der Pleuraseite ungefähr 60 Millimeter Quecksilber niedriger. Weil die Lungenkapillaren wie die Maschen eines Netzes angeordnet sind, so werden sie bei der Entfaltung der Lungen nach allen Seiten so gedehnt, dass sie ihr Volumen vergrössern. Dazu kommt noch die bedeutende Druckerniedrigung auf der Pleuraseite. Letztere muss auch auf die Venen und auf das rechte Herz, viel weniger auf das linke und auf die Aorta wirken. Wenn nun in diesem Zustande das Herz schlägt, dann wird das Blut leicht in das rechte Herz strömen; dieses kann es leicht durch die Lungengefässe in das linke Herz bringen, denn der Widerstand ist ein kleiner und demgemäss muss das linke Herz auch reichlich Blut zum Thorax hinausbefördern: der Arteriendruck ist also ein hoher. Genau das Umgekehrte müssen wir finden, wenn der Thorax in forcirter Exspiration still steht und das Herz weiter schlägt. Das spärlich von den Körpervenen in das rechte Herz weiterfliessende Blut findet in den zusammengedrückten Lungenkapillaren einen grossen Widerstand und fliesst dem linken Herzen nur spärlich zu. Die Folge davon ist, dass in den Körpervenen das Blut sich stauen muss. Nunmehr sind wir vorbereitet, um zu erkennen, was bei gewöhnlicher Athmung und regelmässiger Herzaktion geschehen muss. Wir beginnen mit der Inspiration. Auf die Dauer derselben kommen ungefähr 4—5 Pulse. In dem Maasse, wie sich die Inspiration entwickelt, werden die Lungenkapillaren mehr und mehr entfaltet; es entsteht mehr Platz in ihnen, und dieser muss zunächst mit Blut ausgefüllt werden. Für einen oder zwei Pulsschläge kommt weniger Blut in die Aorta, als vorher, und der Arteriendruck muss sein Minimum erreichen. Nun aber überwiegt der leichtere Zufluss des Blutes zum rechten Herzen und die leichtere Passage durch die Lungen und nun fliesst das Blut so reichlich, dass für einige Pulsationen das Herz frequenter schlägt und der Druck in den Körperarterien steigt. Jetzt kommt die Exspiration. Sie vertreibt das Mehr von Blut, das beim Beginn der Lungenentfaltung in deren Gefässen geblieben war, aber wegen der Klappen kann sie es nur nach der Richtung zum linken Herzen vertreiben, und darum erreicht jetzt der Druck in den Körperarterien sein Maximum. Mit andauernder Exspiration sinkt er aber rasch von diesem ab bis zu dem mit dem Beginn der nächsten Inspiration eintretenden Minimum. Man kann sich diese Dinge vom menschlichen Organismus selbst aufschreiben lassen, wenn man Sphygmograph und Plethysmograph gleichzeitig richtig anwendet.

Für Den, welcher sich für die Beweise näher interessirt, empfehle ich das Werk von Rollett, den ersten Band des Handbuches der Physiologie von Hermann.

Es ist klar, dass die eben geschilderten Beziehungen zwischen Athmung und Kreislauf sich ändern müssen, wenn die Athmung Besonderheiten der Tiefe und des Rhythums zeigt. In jedem Falle aber lassen sich die Erscheinungen aus den dargelegten Grundsätzen verstehen.

Durch den Wechsel von In- und Exspiration befördert die normale Athmung den Kreislauf. Die Inspiration besteht in einem Aufsaugen der Lungen. Wir pressen nicht die Luft in die Lungen hinein wie die

Frösche; wir ziehen sie hinein, indem unsere Athemmuskeln den Druck im Pleuraraume erniedrigen. Niemals wird bei einer normalen Inspiration der Druck in den Alveolen grösser sein können als eine Atmosphäre. Wohl aber beim Einathmen komprimirter Luft. Hier werden die zarten Gefässe gewaltsam zusammengedrückt, und so entsteht ein Stromhinderniss. Wollen wir darum den Effekt der normalen Athmung auf den Kreislauf vergrössern, so werden wir besser thun, die Inspirationswirkung zu verstärken, und zwar dadurch, dass wir die natürliche Ursache der Inspiration, also die Verminderung des Druckes im Pleuraraum vergrössern. Das realisirt aber das Cabinet der Herren Herbert F. Williams und Joseph Ketchum. Wenn wir einen ganzen Menschen in ein relatives Vacuum versenken, aber dafür sorgen, dass er Luft von normalem Druck — sogenannte äussere Luft — athmet, dann muss sich die Suktion am meisten auf den Thorax geltend machen. Die Athmung ist es darum, die in erster Linie beeinflusst wird.

Da auch die ausführlichste Beschreibung des Cabinets keine richtige Vorstellung desselben giebt, so habe ich es heute selbst mitgebracht und werde in Ihrer Gegenwart mit einem Kranken eine abgekürzte Sitzung durchmachen.

Als typisches *Traitement* haben Sie das Athmen in relativ niedrigem Vacuum gesehen. Dabei also ist die Athmung des Patienten in gewissem Sinne umgekehrt, indem der aktive Theil derselben nicht die Inspiration, sondern die Exspiration ist, und die Inspiration, die sonst immer aktiv geschieht, muss sich hier passiv vollziehen. Bei der künstlichen Athmung nimmt der Arzt mit der Maschine dem Kranken die ganze Athemarbeit ab und vollzieht sie genau so kräftig, als er für indizirt hält. Diese beiden Arten, das Cabinet anzuwenden, sind weitaus die häufigsten, und von ihnen also behaupte ich, dass sie besonders befördernd auf den Kreislauf wirken. Das tiefe Einathmen unter hohem Vacuum mit kleiner Oeffnung dient am besten als Einleitung der regulären Sitzung in solchen Fällen, wo man Verklebungen der Luftwege zu überwinden wünscht. Am seltensten gebraucht wird das Einathmen komprimirter Luft im Cabinet mit Ausathmen in die gewöhnliche Atmosphäre.

Auf andere Einzelheiten im Gebrauche des Cabinets werden wir noch zurückkommen. Ich möchte Ihnen aber hier noch einzelne Zahlen anführen, die zu kennen gut ist.

Nach sorgfältigen Untersuchungen von Jul. Rich. Ewald[1]) ist bei ganz ungehindertem Athmen der Druck der Inspiration nur 0,1, der der Exspiration nur 0,13 Millimeter Quecksilber.

Beim Sprechen, Schreien, Singen, Niesen, überhaupt bei den mannigfaltigen Formen der Verwendung unserer Athemorgane steigen diese Werthe bedeutend. Die Angaben für die Grenzwerthe zeigen Verschiedenheiten; als niedere Zahl dürfen wir aber annehmen, dass die Saugkraft unserer Athemmuskeln bei forcirter Inspiration 60 Millimeter Quecksilber beträgt, und die Kraft, mit der sie bei angestrengter Exspiration drücken, ebensoviel. Unter gewöhnlichen Umständen wird das Vacuum im Cabinet, das der Kranke also bei der Exspiration zu überwinden hat, niemals grösser gemacht als 25 mm. Im Vergleich mit den 60 mm., die ein erwachsener Thorax leicht überwindet, wird man 25 mm. als Maximum — wenigstens *a priori* — nicht zu hoch finden.

---

[1]) Der normale Athemdruck und seine Curve. *Archiv für die gesammte Physiologie;* Bd. XIX, 1879.

Auf jeden Quadratcentimeter der Oberfläche am Meeresspiegel, wo der Barometerstand also 760 Millimeter Quecksilber ist, drückt die Atmosphäre mit einem Gewicht von 1033 Gramm. Setzen wir einen Mann in das Cabinet mit einem relativen Vacuum von 5 mm., dann nehmen wir von jedem Quadratcentimeter seiner Oberfläche ungefähr 6,7 Gramm weg. Bei 10 mm. sind es in runder Zahl 14 Gramm, bei 15 mm. sind es 20,7 Gramm, bei 20 mm. sind es 28 Gramm und bei 25 mm. sind es 34,7 Gramm. Wer lieber mit amerikanischen Maassen rechnet, möge sich als runde Zahl merken, dass ein Cubikzoll Quecksilber ein halbes Pfund wiegt.

Meine Auffassung der Wirkung des Cabinets auf den Kreislauf hat von Seiten der Herren H. N. Martin und Frank Donaldson in Baltimore[2]) lebhafte Einwendungen erlitten. Sie stützen sich auf Experimente, die an Kaninchen angestellt worden sind. Eine ausführliche Besprechung der Versuche kann ich noch nicht geben, da die ausfürlichen Mittheilungen mit graphischen Belegen, die von den Autoren in Aussicht gestellt sind, noch nicht in meine Hände kamen. Ein sehr schweres Bedenken kann ich jedoch nicht unterdrücken. Die Herren vergifteten die Kaninchen mit Chloralhydrat. Nun hat aber von Mehring[3]) nachgewiesen, dass gerade dieses Gift den Blutdruck bei Kaninchen in ganz hervorragender Weise beeinflusst. Es dürften also mit Chloralhydrat vergiftete Kaninchen kaum ein geeignetes Objekt sein, um die Einwirkung anderer Agentien auf den Blutdruck zu studiren. Aus anderen Publikationen über die physiologische Wirkung des Cabinets auf den Kreislauf geht nur hervor, dass es Aerzte giebt, die so gut wie gar keine Kenntniss haben von den in der deutschen Literatur niedergelegten Arbeiten über die Beziehungen zwischen Kreislauf und Athmung[4]).

Statt Beschreibung besonderer Versuche möchte ich Ihnen zum Beweise dafür, dass durch geeignete Anwendung des Cabinets Erhöhung des mittleren arteriellen Blutdruckes erzielt werden kann, einige Beobachtungen anführen, die an den mit dem Cabinet behandelten Personen immer wieder zu machen sind. Bei nicht sehr kranken und nicht sehr anämischen Personen, bei allen denen also, die überhaupt durch 10—15 Minuten in bequemer Weise in dem relativen Vacuum zu athmen im Stande sind, zeigt die unmittelbare Betrachtung allemal eine Röthung des Gesichts, die Niemand mit einer venösen, cyanotischen Färbung verwechseln wird. Dieselbe Röthung tritt namentlich auch auf, wenn künstliche Athmung gemacht wurde, so dass die Steigerung des Blutdruckes nicht aus gesteigerter Aktion der Athemmuskulatur abgeleitet werden kann.

Eine Patientin von Herrn Dr. Lilienthal, ein elfjähriges Mädchen, machte mit befriedigendem Erfolg wegen *Asthma bronchiale* im Ganzen sieben Sitzungen im Cabinet durch. Die Mutter gab mir an, dass der Umgebung nach der Rückkehr von den Sitzungen der lebhaftere Glanz der Augen auffalle. Mitunter passirt es Gesunden, z. B. Collegen, die aus Interesse an der Sache das Cabinet probiren und dabei allerdings meistens ihre Muskeln mehr als nöthig anstrengen, dass sie unmittelbar nach dem Verlassen des Cabinets Zeichen des Blutandrangs zum Gehirn zeigen. Es ist nicht zu bezweifeln, dass bei einer ungeschickten, übertriebenen Art zu athmen die Athemwellen im Blut eine bedeutende

---

[2]) *N. Y. Medical Journal*, May 15, 1886.
[3]) *Archiv für experimentelle Pathologie;* Bd. III, 1875; S. 84.
[4]) Isaac Hull Platt im *N. Y. Med. Journal*, November 1886; p. 515 and 536.

Höhe und Steilheit erreichen können, die unter allen Umständen vermieden werden muss und auch kann. Ein nennenswerther Unfall in dieser Beziehung ist noch nie vorgekommen, einfach darum, weil auf's Strengste darauf gesehen wurde, dass immer ein competenter Arzt und niemals jemand anders eine Sitzung leitete.

Ein anderes, sehr wichtiges Moment, das ich ebenfalls auf die Steigerung des Druckes in den Körperaterien zurückführe, ist die Besserung des Appetits. Vermehrung der Absonderung des Magensaftes ist ein wichtiges Moment bei derselben. In ungefähr einem Fünftel aller Fälle bemerkte ich eine auffallende Vermehrung der Harnabsonderung, die ebenfalls auf die Steigerung des Blutdrucks zurückgeführt werden muss. Als letzte hierher gehörende Erscheinung führe ich die Wiederkehr verschwunden gewesener Menstrualblutungen an.

Wenn ich in meiner Anschauung über die Wirkung auf den Kreislauf Recht habe, dann muss es auch Herzkrankheiten geben, bei denen das Cabinet von Nutzen ist. Hierüber habe ich folgende, in ihrer Art bis jetzt allerdings isolirte Erfahrung mitzutheilen.

Madame B. M. Haushälterin, 35 *Jahre alt*, giebt am 25. November 1886 folgende Anamnese: Geboren in Frankreich. Schon in frühester Jugend nach dem Urtheil der Aerzte an einer (angeborenen) Herzkrankheit leidend. Nach lebhaften Bewegungen immer Palpitationen und Opressionen unterworfen. Seit Anfang 1880 in Amerika. Im Sommer 1881, nach wiederholten Seebädern mit Schwimmen, zu dem sie gegen eigenen Wunsch von ihrer Dienstherrin überredet worden war, starke Hämorrhagie aus den Lungen. Seither jeden Winter leidend. Im Winter 1881/82 starkes Gefühl der Opression. Beim Ausgehen in kaltem Wetter Asthma. Wenig Husten; nie bettlägerig. Im Winter 1882/83 vom Oktober an Husten mit Auswurf. Starke Palpitationen. Um Weihnachten Bluthusten, der bis zum 8. Januar dauerte. Darauf Oedem der Beine bis gegen Ende Januar. Mitte Februar konnte das Bett verlassen werden, aber der Husten und die Palpitationen dauerten an. Im ganzen folgenden Sommer Schmerzen in der linken Schulter und in der Gegend des linken Schulterblattes. Im Winter 1883/84 den ganzen Winter leidend. Husten mit Blut. Meistens bettlägerig, immer Opressionen und Palpitationen. Der Zustand besserte sich im folgenden Sommer wenig. Im August starke Lungenblutung ohne besondere äussere Ursache. Im Winter 1884/85 immer leidend, wenn auch nicht immer bettlägerig. Erkrankung gegen Weihnachten mit Husten und Schleimauswurf, der ab und zu blutig tingirt war. Anfangs Februar besserte sich der Zustand. Der folgende Sommer war gut.

Status praesens am 25. Nov. 1886: Mageres Individuum. Temp. 38,5° C. Viel Husten mit schleimigem, leicht blutig tingirtem Auswurf. Feuchtes Rasseln auf der ganzen Lunge. Allgemeinbefinden sehr schlecht. Schlaflosigkeit. Starke Gastralgien. Stuhlverstopfung. Puls ganz arhythmisch, sehr schwach. Oedem der Beine. Auf Medikation hob sich der Zustand, so dass die Kranke am ersten Dezember das Bett verlassen konnte.

Die Untersuchung des Herzens ergab: Spitzenstoss im 6. Interkostalraum, stark verbreitert. Bis zum 3. Interkostalraum ist mit der Hand die Pulsation des Herzens zu fühlen. Starke systolische Einziehung der Herzgrube. Dämpfung vom 3. Interkostalraum an. Sie überschreitet nicht den Herzstoss. Dämpfung an der Basis des Schwertfortsatzes. Zweiter Pulmonalton stärker als erster. Langgezogenes, lautes, systolisches Geräusch an der Herzspitze, das besonders laut endet. Zweiter Ton daselbst in gewöhnlicher Weise hörbar.

Diagnose: Mitralinsufficienz.

Glücklicherweise waren die Verhältnisse so, dass die Kranke leicht zum Cabinet gelangen konnte. Es wurde verabredet, einen Versuch mit demselben zu wagen. Er hatte überraschenden Erfolg. Die Sitzungen werden seitdem täglich wiederholt. Immer wird für sieben Minuten bei einem Vacuum von 10 bis 12 mm. Quecksilber geathmet und entweder Carbolsäure- oder Salicylsäure-Spray angewendet. Darauf folgen 50 Züge künstlicher Athmung mit voller Exkursion des Hebels, die auf vier Minuten Zeit vertheilt werden, so dass auf die Minute nur ca. 12 Athemzüge kommen. Unmittelbar vor und unmittelbar nach der zweiten Sitzung wurde der Puls gezählt, und zwar für eine halbe Minute. Vor der Sitzung waren es 23 Schläge, und zwar in folgender Weise zu Gruppen vertheilt, so dass jede Gruppe von der folgenden durch vollkommenes Aussetzen des Herzschlages getrennt ist: 4–2–7–1–1–2–6. Unmittelbar nach der Sitzung wurden 36 ganz regelmässig sich folgende Pulse gezählt. Ganz entsprechende Beobachtungen wurden an den folgenden Tagen gemacht. Bald jedoch verminderte sich die Arhythmie bedeutend. Im Gegensatz zu der Zeit vor dem *Traitement* ist sie jetzt grösser nach längerer Ruhe, z. B. beim Erwachen am Morgen, als nach mässiger Bewegung.

Eine Untersuchung am 21. Dezember ergab Folgendes: Herz unverändert mit Ausnahme eine Besserung der Arhythmie. Auf den Lungen kein Rasseln mehr. Husten sehr gering, kein Auswurf. Oedem des linken Beines ganz verschwunden, das des rechten besteht noch in geringem Grade. Seit Anfang Dezember ist die Patientin im Stande, einen kleinen Haushalt nebst Küche zu besorgen, und kann bei jedem Wetter die nöthigen Ausgänge ohne Beschwerden machen. Mit täglichen Sitzungen wurde bis zur Stunde fortgefahren und soll dies bis zum Eintritt milder Witterung so bleiben. Bedenkt man, dass die Person fünf aufeinander folgende Winter unter wesentlich denselben Erscheinungen erkrankte, häufig bettlägerig, immer arbeitsunfähig war, dass ferner diesen Winter die Symptome frühzeitiger als sonst und ziemlich heftig einsetzten, und dass sie jetzt bei systematischer Anwendung des Cabinets sich so gut befindet wie sonst nur im Sommer, dann dürfte der Fall wohl zu Versuchen bei anderen Herzkranken aufmuntern. Da der Fall ein vereinzelter ist, so halte ich eine Analyse desselben für verfrüht. Im Folgenden jedoch werden Sie einzelne Punkte finden, die auf diesen Fall Bezug haben dürften.

Sehr wichtig für ein Verständniss der Einwirkung des Cabinets auf den Kreislauf ist eine rein anatomische Arbeit, die, wie mir scheint, in praktischen Kreisen noch sehr wenig bekannt ist. Es ist: Ueber die Anastomosen der Venae pulmonales mit den Bronchialvenen und mit dem mediastinalen Venennetze, v. Zuckerkandl.[5]) In sehr gedrängter Weise wiedergegeben ist ihr Inhalt folgender:

Es handelt sich um die Frage, wo fliesst das Blut der Bronchialarterien hin? Um dies zu untersuchen, wurden von der Lungenpforte aus die Bronchialvenen injizirt. Auf Querschnitten der allerfeinsten Bronchien findet man, dass das Capillarnetz der Bronchialarterien in keiner Weise von dem respiratorischen Capillarnetz verschieden ist. Beide gehen kontinuirlich in einander über und sind thatsächlich nur durch die Lokation verschieden; das eine liegt oben auf den Alveolen,

[5]) Wiener Sitzungsberichte, 84. Bd.; 21. Juni 1881.

das andere auf den Bronchien. Physiologisch sind beide gleichwerthig, indem in beiden Gasaustausch statt hat.

In den nachfolgenden, minder feinen Bronchien sammelt sich das Capillarblut zu kleinen Venenstämmchen, von denen aber jedes einzelne in eine kleine Lungenvene einmündet. Ausserdem kommen zwischen den beiden Capillarnetzen und den beiden Venensystemen die mannigfaltigsten Verkoppelungen vor.

In den noch dickeren Bronchien hat sich ein oberflächlich liegendes Bronchialvenennetz entwickelt. Gröbere venöse Sammelröhren gehen vom Bronchus weg, münden aber allemal in einen in der Nähe gelegenen Lungenvenenstamm ein. Hier sind bereits Knorpel in die Bronchialwand eingestreut. Um sie herum bilden die Venen Netze und nehmen das Blut des Perichondriums auf.

Nach Zuckerkandl kann man von den Bronchien fünfter Ordnung ab diese Verhältnisse präpariren und so mit Messer und Scheere beweisen, dass entlang der ganzen Verzweigung des Bronchialbaums die Bronchialvenen und die Lungenvenen Verbindungen miteinander eingehen. „Selbst die aus dem von Lungengewebe nicht gedeckten Bronchus erster Ordnung heraustretenden Venen gehen zum Theil Verbindungen mit den Lungenvenen ein."

Die Bronchialvenen nun, welche den Hilus verlassen und in Körpervenen einmünden, unterscheidet man als vordere und als hintere, je nachdem sie an der vorderen oder an der hinteren Seite der Lunge austreten. Von den vorderen ist zunächst zu betonen, dass sie Blut aus den Lymphdrüsen der Bronchien aufnehmen. Die rechte Vene geht zum oberen Theil der *Azygos*, die linke geht zur linken hinteren Bronchialvene. Beide Gefässe stehen in weiter Communication mit den grossen Stämmen der Lungenvenen. Die hinteren Lungenvenen nehmen ebenfalls Venenblut aus Bronchialdrüsen auf; dann geht die rechte in den oberen Theil der *Azygos*, die linke in die *Hemiazygos accesoria*, seltener in die *Innominata*. Diese Gefässe zeigen oft eine plötzliche Verminderung ihres Lumens, die davon herrührt, dass sie starke Communicationen mit den Lungenvenen eingehen. Häufig ist das Verhältniss der Caliber so, dass die Bronchialvene eine Anastomose zwischen *Azygos* und *Hemiazygos* einerseits und den Lungenvenen andererseits darstellt — so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass unter bestimmten Bedingungen Blut der *Venae pulmonales* direkt in die Körpervenen gelangt. Ich habe noch aus der Arbeit von Zuckerkandl hinzuzufügen, dass auch im Mediastinum Venen verlaufen, welche mit den Pulmonalvenen in offener Communication stehen.

Sie werden mir zugeben, dass diese Dinge für den Praktiker, und namentlich für den, der das Cabinet anwenden will, von Bedeutung sind. Nicht nur die Pathologie der mannigfaltigen Lungen- und Bronchialerkrankungen, sondern auch das Capitel über Herzfehler dürften dereinst mit diesen Thatsachen zu rechnen haben. Rein physikalisch ausgedrückt ist die Sache so, dass auf dem ganzen Bronchialbaum eine Communication stattfindet zwischen Körpervenen (durch Vermittelung der *Azygos*) und den hellrothes Blut führenden Lungenvenen. Der Gesammtquerschnitt dieser Communicationen dürfte kein unbedeutender sein. Wenn zwischen zwei Röhren, in denen Flüssigkeit strömt, ein System communicirender Röhren ist, dann hängt es nur von dem Druck und der Geschwindigkeit in den Stammröhren ab,

welche von beiden der anderen durch das Communicationssystem Flüssigkeit abgiebt. Dieses physikalische Gleichniss ist in unserem Fall noch complicirt dadurch, dass das Communicationssystem ein eigenes Zuflussrohr, die Bronchialarterien, hat.

Nehmen wir an, eine Anzahl kleinster Bronchiolen könne z. B. wegen pneumonischer oder bronchopneumonischer Anschoppungen ihr Blut nicht mehr in die Lungencapillaren abgeben, dann muss sich dasselbe durch die Capillarnetze hindurch bis zu den Bronchien nächster Ordnung stauen. Verfolgen wir den Prozess von unten nach oben, so können wir einsehen, wie venöse Hyperämie der Bronchialschleimhaut durch tiefer liegende Affektionen veranlasst werden kann. Ferner ist verständlich, wie gerade dieser Hyperämie, sowie einer Blutstauung in den Alveolen entgegengewirkt werden kann durch Erleichterung des Abflusses in die Körpervenen. Dieser Indikation kann aber die Anwendung des Cabinets genügen. Es sind einige Krankengeschichten vorhanden, welche zeigen, in wie kurzer Zeit akute bronchitische Affektionen unter der Anwendung des Cabinets zum Verschwinden gebracht werden. Ich glaube nicht Unrecht zu haben, wenn ich den Erfolg gerade auf die genannten Momente zurückführen möchte. Es gehört hierher Vincent Y. Bowditch: Ten months' experience with Pneumatic Differentiation, Case XIX.[6])

Ferner citire ich folgenden Fall:

B. P., 25 *Jahre alt.* Keine chronischen Lungenleiden in der Familie. In Geschäften fast beständig auf Reisen zwischen den Städten der Schweiz und denen der Union. Vor 4 Tagen Erkältung auf der Eisenbahn. Husten mit schaumigem Auswurf. Schmerzen auf der Brust. Brennen und Kratzen am Sternum. Temp. 39° C. in der Achselhöhle. Schnarren und Pfeifen im ganzen Thorax. Am 16. und am 18. Oktober je eine Sitzung von 10 Minuten Dauer mit 12—15 mm. Vacuum; dann 40 Züge künstlicher Athmung. Salicylsäure-Spray. Am 19. Okt. normale Temperatur; kein Husten, kein Auswurf, Athemgeräusche normal, ausser in der Nähe der Wirbelsäule, wo bei forcirtem Ausathmen noch Giemen zu hören ist. Letzte Sitzung, nach welcher der P. sofort zu Schiffe ging. Gegen Mitte December erhielt ich die Nachricht, dass er sich seitdem immer wohl befunden habe.

Eine weitere Frage über die Wirkung des Cabinets ist die nach der Beeinflussung des Gasaustausches im Blute. Die Chemie der Blutgase ist genau genug bekannt, um sagen zu können, dass durch die Einwirkung des Cabinets der Austausch der Gase für einen längeren Zeitraum, z. B. für 24 Stunden, nicht beeinflusst werden kann. Ich habe mich darüber bereits in einer Arbeit ausgesprochen, die abgedruckt ist im "*Journal of the Am. Med. Association*"[7]) Hier möchte ich Sie nur an eine im Laboratorium von Voit ausgeführte Untersuchung erinnern, die beweist, dass eine Vermehrung des Gasaustausches bei den in Frage kommenden Patienten zum Mindesten nicht nöthig wäre. Die Arbeit heisst: Kohlensäureausscheidung des Menschen bei verkleinerter Lungenoberfläche, von Konrad Möller.[8]) Pleuritiker, Phthisiker und andere Kranke, die eine verkleinerte Respirationsoberfläche der Lungen hatten, wurden auf je 6 Stunden in den Pettenkofer'schen Apparat gelegt, um ihren Gaswechsel zu untersuchen.

---

[6]) *N. Y. Medical Journal for Oct. 2d and 9th*, 1886.
[7]) 28. November 1885.
[8]) *Archiv für Biologie*, Bd. 14, 1878, S. 542.

Dabei stellte sich allerdings heraus, dass alle diese Kranken etwas unter dem Mittel eines gesunden Menschen O aufnahmen und CO_2 abgaben. Bezog man den Gaswechsel aber auf 1 Kilo Körpergewicht, dann waren die Unterschiede nur noch sehr kleine. Diese kleinen Unterschiede aber beweisen gar nichts, denn auf 1 Kilo Phthisiker kommen sehr viel mehr Knochen als auf 1 Kilo Gesunder. Ein Fall eignete sich besonders gut. Ein Mann hatte auf der rechten Seite einen pleuritischen Erguss, der nach Herrn von Ziemssen bis zur zweiten Rippe ging. Sein Gaswechsel wurde untersucht. Dann wurde eine Punktion gemacht, nach welcher der Erguss nicht wieder kam. Als der Rekonvalescent bereits wieder zwei Wochen als Gärtner gearbeitet hatte, wurde sein Gaswechsel nochmals bestimmt. Die Unterschiede beider Befunde waren minimale. Möller wirft die Frage auf, wie diese Thatsache zu erklären sei, und findet unter Berufung auf Buhl, dass eine Kompensation der verringerten Oberfläche der Lunge durch schnellere und tiefere Athemzüge und Verstärkung der Herzaktion und Erweiterung der Lungengefässe eintrete. Soll es Aufgabe der Therapie sein, die Heilbestrebungen der Natur zu unterstützen, dann entspricht in diesen Fällen das Cabinet rationellen Anforderungen.

Ich möchte an dieser Stelle noch hinzufügen, dass, wie Voit sorgfältig nachgewiesen und häufig betont hat, nicht der O unseren Organismus aufzehrt, sondern dass der letztere so viel O aufnimmt, als er braucht. Die Organe, die dieses besorgen, sind so leistungsfähig, dass sie eine quantitative Einbusse erleiden können und die Arbeit doch noch zu thun im Stande sind. Die Idee, dass der O in unserem Blute als Ozon enthalten sei, ist definitiv aufgegeben. Die therapeutischen Resultate, die mit Ozonathmung erreicht werden, sind darauf zurückzuführen, dass Ozon auf die Schleimhäute ähnlich wirkt wie Brom- und Joddämpfe.

Das Volumen Luft, das wir bei einer gewöhnlichen Inspiration einziehen, ist $\frac{1}{2}$ Liter. Innerhalb des Cabinets, bei mässigem Vacuum, ist dies Volumen $1\frac{1}{2}$ bis 2 Liter. Die Bedeutung dieser Zahlen erhellt aus älteren Arbeiten von Gréhaut: Du renouvellement de l'air dans les poumons de l'homme[9]) und Récherches physiologiques sur la respiration[10]). Bei einer Inspiration kommt die eingeathmete Luft keineswegs so wie sie ist in die Alveolen. Sie mischt sich mit der in ihrer Zusammensetzung durch den Athemprozess bereits geänderten Luft, die nach der Exspiration noch in den Lungen bleibt. Bei der nun folgenden Exspiration wird sogar ein Theil der eben eingesaugten Luft unverändert wieder ausgeathmet. Wasserstoff wird von unseren Luftwegen weder aufgenommen noch abgegeben und ist er darum ein gutes Mittel, um über die angedeuteten Fragen Aufschluss zu erhalten. So fand Gréhaut, dass von 500 ccm. eingeathmeter Luft 170 (ca. $\frac{1}{3}$) bei der nächsten Exspiration unverändert wieder ausgeathmet werden und nur 330 (ca. $\frac{2}{3}$) in den Lungen zur Verwendung kommen. Nehmen wir den Thorax im Zustande einer gewöhnlichen Exspiration, dann enthält er ein gewisses Volumen Gas. Nun lassen wir ihn einmal ein- und ausathmen und fragen jetzt, wie viel neue Luft ist in je 100 ccm. Gesammtluft enthalten. Diese Zahl ist ausserordentlich verschieden, je nach der Tiefe der Athmung. Bei 300 ccm. Athemluft ist sie 6 ccm.; bei 500 ist sie 13; bei 600 ist sie 16 und bei 1000 ist sie 26. Man kann aus diesen Zahlen leicht demonstriren,

[9]) *Comptes rendues*, 1862.
[10]) *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1864; p. 523.

wie die Lungen bei flachen und häufigen Athemzügen sehr viel weniger ventilirt werden als bei langsamen, aber tiefen, auch dann, wenn in beiden Fällen die Gesammtmenge Luft, welche in gegebener Zeit durch die Lungen passirte, dieselbe ist. Zahlenbestimmungen über 1000 ccm. konnte ich keine finden. Doch geht aus den Zahlen von Gréhaut hervor, dass das Cabinet die Ventilation der Lungen ganz besonders begünstigen muss.

Sie werden sich wundern, dass ich über diesen Punkt so viel rede, da ich ja bereits betonte, dass das Cabinet den Gesammtgaswechsel des Körpers nicht ändere. Es scheint mir aber die Bedeutung einer ausgiebigen Ventilation der Lungen in Folgendem zu liegen:

Die Alveolenluft hat Blutwärme; sie ist mit Wasserdampf gesättigt, O-arm und CO_2-reich. Die Spannung letzterer Gase ist dieselbe wie im venösen Blut. Diese Alveolarluft muss also ähnlich zusammengesetzt sein wie die Atmosphäre der Erde zur Zeit, als die mächtigen Wälder wuchsen, die jetzt in Steinkohlen umgewandelt sind. Sie hat eine Beschaffenheit, welche das Pflanzenwachsthum enorm begünstigt. Sie ist die richtige Brütofenluft, in der Pilze am besten gedeihen. Ob in dieser Luft auch gerade diejenigen Pflanzen am besten gedeihen, die man jetzt der Pathogenese beschuldigt, das zu wissen wäre wohl der Untersuchung werth. So lange solche Untersuchungen nicht existiren, ist die Hypothese erlaubt, dass dem so sei. Dabei dürfen wir uns auf die Resultate der offenen Wundbehandlung und der Ventilation ganz im Allgemeinen berufen. Die Bedeutung der frischen Luft bei der Therapie der Phthise, an Kurorten und durch das Cabinet würde also — neben anderem — auf einer besseren Ventilation der Lungen beruhen, nicht wegen Aenderung des Gasaustausches vom Blut, sondern wegen Aenderung der chemischen Zusammensetzung der Alveolenluft. Es giebt Krankengeschichten in den Berichten über das Cabinet, in denen man den Erfolg wohl nicht mit Unrecht auf eine rechtzeitige Ventilation der Lungen zurückführen darf. Hier ein Beispiel:

A. S., 30 *Jahre alt, Maschinensticker.* Aeltere Schwester an Phthise verstorben. Vom Militärdienst in der Schweiz wegen ungenügendem Brustumfang seiner Zeit zurückgestellt. War am 17. Oktober ins Wasser gefallen, und datirt von da sein Leiden. Wurde am 17. Nov. von Herrn Dr. E. Stutzer zugeschickt. Der Befund war: Husten. Abmagerung. Verlust des Appetits. Nachtschweisse. Schwächegefühl. Die Untersuchung ergab: Temperatur 39° C. Rechts von oben bis zur dritten Rippe Dämpfung, Bronchialathmen mit unbestimmten Rasselgeräuschen; Rasseln an verschiedenen Stellen des Thorax. Verordnet wurde Aenderung der Diät; Milch, Reis und Californier Wein empfohlen. Bis zum letzten November wurden 5 Sitzungen im Cabinet durchgemacht bei 15—20 mm. Vacuum während 15 Minuten, gefolgt von 30 bis 40 Zügen künstlicher Athmung. Im Spray Carbolsäure. Am 1. December Fieber verschwunden, Appetit besser, keine Nachtschweisse mehr; kein Rasseln. Von Anfang December an arbeitet der Patient wieder regelmässig. Gegenwärtig sind Appetit und Schlaf gut. Das Schwächegefühl ist verschwunden. Auf der rechten Seite oben ist der Schall aber noch etwas dumpfer, als an der symmetrischen Stelle links.

Wir hätten nun die mechanische Wirkung des Cabinets in Bezug auf Circulation und in Bezug auf die Ventilation der Lungen, so gut sie gekannt ist, besprochen und müssen nun noch anderer mechanischer Wirkungen Erwähnung thun. Es ist zu verstehen, wie durch die

Immersion in das relative Vacuum Luft, die hinter temporären Verschlüssen der Luftwege liegt, ausgedehnt wird und dadurch zur Entfernung dieser Hindernisse beiträgt. Ein ganz oder nur relativ atelektatischer Herd, gleichgültig, auf welche Weise er entstanden sei, ist mechanisch eine im Vergleich zum gesunden Lungengewebe unbewegliche Stelle. Athmet ein Mann mit einer solchen Lunge komprimirte Luft, dann muss bei der Entfaltung der Lunge von allen Seiten her auf diesen Herd gedrückt werden. Athmet er aber mit relativem Vacuum im Cabinet, dann wird im Gegentheil an der Peripherie dieses Herdes nach allen Richtungen hin gesaugt. Letzteres aber ist entschieden günstiger für die Entfaltung collabirter und zusammengedrückter Luftwege.

Diese Momente sind bei der Anwendung des Cabinets so sehr von alltäglichem Vorkommen, dass ich dafür keine besonderen Beispiele anzuführen brauche.

Bei alten pleuritischen Adhäsionen wirkt das Cabinet ähnlich wie die passiven Bewegungen von in ihrer Beweglichkeit beschränkten Gelenken. Pleuritisch eingezogene Thoraxstellen fangen wieder an sich zu wölben und handgrosse Stellen des Thorax, die bei gewöhnlicher Athmung für das Auge ruhig blieben, erlangen genügend Beweglichkeit wieder, um bei gewöhnlichem Athmen kaum eine Differenz mit der symmetrischen Stelle zu zeigen. Die Dehnung der Adhäsionen veranlasst nicht selten Schmerzen, die der Arzt dann Pleurodynie nennt, der Kranke nennt sie allemal Rheumatismus. In vielen Fällen gelang es mir, die Schmerzen durch Anwendung des Induktionsstromes zu stillen. Eine Erklärung hierfür weiss ich nicht.

Man hat gegen das Cabinet die prinzipielle Einwendung gemacht, dass es schädlich wirke, weil es kranke Theile zur Bewegung zwinge, und ein allgemeiner Grundsatz sei, kranke Theile ruhen zu lassen. Es ist ganz richtig, dass es im Allgemeinen viele Arten der Erkrankung giebt, bei denen Ruhe, eventuell Immobilisirung sehr wesentlich ist. Nach Oertel dürfte man aber sehr bezweifeln, dass dieses auch für alle chronischen Kreislaufstörungen gelte. Kollege Seibert berichtete uns unlängst, dass in berühmten Kuranstalten Europa's die Lungenleidenden systematisch zu Spaziergängen angehalten werden. Es wird also im Allgemeinen dem Cabinet ganz gewiss kein Vorwurf daraus gemacht werden können, dass es den Thorax zu Bewegungen zwingt. Allerdings aber ist e i n e Sache sicher, dass mit dem Cabinet auch zu viel gethan werden kann, grade so wie man zu stark massiren und elektrisiren kann. Es ist dies eine Gefahr, die übrigens die Erfinder des Cabinets vorausgesehen haben, und darum haben sie auch ihr Möglichstes gethan, das Cabinet nur kompetenten Händen anzuvertrauen, und hoffentlich wird es n i e aus den Händen physikalisch gebildeter Aerzte in die der Routiniers übergehen. In dieser Beziehung darf man sich wohl die Geschichte der Elektrizität in der Medizin als warnendes Exempel nehmen. Hätte Jeder, der die Elektrizität als Heilmittel anwendete, ebenso viel Physik der Elektrizität verstanden, als man von einem ordentlichen Apotheker Chemie verlangt — die physikalische Heilmethode stände heute in besserem Ansehen.

Aber nicht nur in einzelnen Sitzungen kann man mit dem Cabinet ungeschickt umgehen, man kann dasselbe auch zu häufig anwenden. Es giebt Fälle, wo das Cabinet zweifellos eine Zeit lang nützt, wo man aber dann an einen Punkt kommt, wo kein Fortschritt mehr erzielt wird. Dr. Williams dringt in einem solchen Falle sehr darauf, mit dem Cabinet

aufzuhören, in seiner Arbeit: The Progress of Pneumatic Differentiation[11]).

Hört man zur rechten Zeit auf, dann wird man zuweilen dadurch belohnt, dass eine auffallend günstige Nachwirkung eintritt. Einen solchen Fall beschreibt V. Y. Bowditch[12]).

Ich selbst kann folgenden Fall berichten:

Ein College, 31 *Jahre alt*, der seit Jahren an hartnäckigem Bronchialkatarrh litt, besuchte in den Sommermonaten in etwas unregelmässigen Intervallen das Cabinet. Mit Ausnahme der ersten Sitzungen wurde immer verdünnter Jod-Spray angewendet. Der Erfolg war ein wechselnder. Gegen den Herbst zu wurde die Behandlung suspendirt. Trotz der ungünstigen Witterung und trotz anstrengender Berufsthätigkeit befindet sich der College diesen Winter besser als die vorhergehenden. Ausser einer einmaligen, rasch vorübergehenden Erkältung war sein Gesundheitszustand diesen Winter ein durchaus guter.

Ich glaube diesen Fall wegen der exquisit günstigen Nachwirkung citiren zu müssen.

Wir haben noch zu sprechen vom Spray. Ich habe schon angeführt, dass ich eine grosse Bedeutung desselben darin sehe, dass er die eingeathmete Luft desinfizirt, gerade so wie Regen die Luft auswäscht. Der Weg vom Spray bis zum Munde des Patienten ist 45 cm. und bleibt zweifellos die grösste Menge des Spray auf diesem Wege hängen und wäscht die Luft und schwängert sie mit desinfizirenden Dämpfen (Carbolsäure, Jod, Brom).

Eine weitere Frage ist die, ob auf diese Weise desinfizirende Substanzen in die Lungen gebracht werden können. Aus den schon angeführten Versuchen von Gréhaut wissen wir, dass eine bestimmte Menge eingeathmeter Wasserstoff vier Athemzüge braucht, um sich gleichmässig in den Lungen zu vertheilen. Setzen wir nun der Flüssigkeit zum Spray eine leicht verdampfende Substanz, z. B. Brom, zu, so wird nach einigen Minuten Sitzung etwas davon in die Alveolen gelangt sein. Auch mit Jod werden wir dasselbe erreichen, wenn wir die Flüssigkeit erwärmen.

Herr J. Ketchum[13]) tritt dafür ein, dass der Exspirationsdruck, den man im Cabinet anwenden muss, solche Kondensationen begünstige oder überhaupt herbeiführe. Rein physikalisch sind seine Gründe vollkommen korrekt; nur dürfte nach der bisherigen Methode, den Spray anzuwenden, die Dampfmenge, die auf diese Weise zur Kondensation kommt, eine geringe sein. An wesentlichen Verbesserungen in dieser Beziehung wird jedoch gearbeitet.

Bei der Auswahl der Stoffe für den Spray wird man besonders darauf zu sehen haben, solche Dinge zu wählen, die Germicide sind. Beim Cabinet sind schon die mannigfaltigsten Kombinationen gemacht worden, und werden in dieser Hinsicht immer individuelle Unterschiede bestehen, gerade wie im Rezeptschreiben überhaupt. Die Stoffe, die ich anwende, sind folgende:

1. Salicylsäureemulsion nach Reichert[14]). Ein Gewichtstheil Salicylsäure wird in sechs Gewichtstheilen Pfeffermünzöl gelöst und die Lösung dann zu einer Emulsion verarbeitet, die zwei Prozent

[11]) *Journal of the American Med. Association*, August 14, 1886.

[12]) l. c. Case XII.

[13]) The theory of the Pneumatic Cabinet; *N. Y. Med. Journal*, June 19 and 26, 1886.

[14]) *Deutsches Archiv für klin. Med.* Bd. 37; S. 464.

Salicylsäure enthält. Unmittelbar vor der Verwendung nehme ich 30 ccm. dieser Emulsion und fülle dann die Mensur mit Wasser bis auf 100 ccm. nach.

2. 10 proz. Emulsion von *Oleum pini pumilionis:* Lartschenöl, Krummholzöl. Diese Emulsion wird verdünnt wie die vorige. Ich wende es hauptsächlich bei ängstlichen Personen im Anfange der Kur an.

3. 1-proz. Lösung von Brom in Wasser. Auch sie wird vor der Anwendung mit der doppelten Menge Wasser verdünnt.

4. 5 bis 20 Tropfen Lugol'sche Jodlösung auf 100 ccm. Wasser. Um die Verdampfung des Jods zu begünstigen, erwärme ich diese Lösung.

5. Carbolsäure wende ich in folgender Weise an, von der ich gefunden habe, dass sie sehr gut vertragen wird. In 100 ccm. Wasser werden 1 bis 5 ccm. *Acid carbolic. liquefact.* gethan und das Ganze dann zum Sieden erhitzt und so verwendet.

Was nun die Behandlung der Krankheiten betrifft, so mögen Sie mir erlauben zu sprechen zunächst von einzelnen pathologisch-anatomischen Zuständen, ganz gleichgültig, auf welche Weise sie entstanden seien, und dann über den Kurplan bei Phthise.

Kongestive Hyperämie der Bronchialschleimhaut. Wenn man an kalten Wintertagen einen Patienten nach dem anderen, wie er zur Office kommt, mit dem Spiegel untersucht, so findet man eine merkliche Anzahl solcher, bei denen die Schleimhäute der oberen Luftwege arteriell roth gefärbt sind. Giebt man einem solchen Patienten, möge er sonst leiden, an was er wolle, eine differente Substanz im Spray zu athmen, z. B. Jod oder Brom, so kann man ihm einen Anfall von Reizhusten veranlassen, der ganz und gar nicht intendirt war. In allen diesen Fällen wende ich dann die heisse Lösung von Carbolsäure an, die immer gut vertragen wird. Ebenso müssen auch im Sommer frische Bronchitiden behandelt werden.

Venöse Hyperämie der Bronchialschleimhaut. Sie ist meist mit reichlicher Schleimabsonderung verbunden. Am Beginn jeder Sitzung empfiehlt sich, sofern es nicht aus anderen Gründen kontraindizirt ist, 4—6 Inspirationen unter hohem Vacuum mit enger Oeffnung machen zu lassen. Dann Brom (kalt) oder Jod (warm) bei einem Vacuum zwischen 20 und 25 mm. Sollte nicht viel Schleim zu erwarten sein, so sind Brom und Jod kontraindizirt.

Katarrh der kleineren Bronchien. Ich möchte hier eine Arbeit von Biermer anführen: „Ueber die akute Lungenblähung und ihre Beziehung zum Bronchialasthma.“[15]) Die Bedingungen der Lungenblähung bestehen in verstärkter Inspiratian und behinderter Exspiration. Der Nachdruck ist auf die gehinderte Ausathmung zu legen. Die Blähung tritt ein, wenn kleine Hindernisse in den feinen Luftwegen vorhanden sind, welche bei der Inspiration besser überwunden werden als bei der Exspiration. Solche Hindernisse, resp. Stenosen, werden gebildet durch Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut durch Ansammlung von Schleim, Exsudat oder Blut und, wie Biermer noch besonders betont, Krampf der glatten Muskeln der Bronchien. Die Lungenblähung findet man nach Biermer immer beim Bronchialasthma Die sibilirenden Rhonchi und der Schachtelton illustriren die stenotische In- und Exspiration.

Diese Beschreibung ist mir aufgefallen, weil sie fast unmittelbar eine Therapie indizirt, die mit dem Cabinet ausführbar ist. In der That

[15]) *Berl. Klin. Wochenschrift*, No. 41, 1886; S. 689.

habe ich auch in mehreren hierher gehörigen Fällen gute Resultate erzielt. Sie betrafen alle kräftig gebaute Männer über 40 Jahre alt, die immer schwer gearbeitet hatten und häufig den Unbilden der Witterung ausgesetzt waren. Einer war allerdings von unbestimmbarem Beruf, die anderen fünf waren alle Mechaniker.

Es handelt sich zunächst um die Entfaltung kleiner Bronchien, die aus irgend einem Grunde wie Ventile wirken, welche die Luft in die Alveolen hinein-, aber nicht mehr herauslassen. Eine solche Entfaltung kann aber erreicht werden mit einem sehr hohen Vacuum und der engen Oeffnung. Die langsam, aber mit hoher Druckdifferenz in die stark aufgesaugten Lungen hineinströmende Luft wird alles entfalten, was überhaupt ohne Schaden entfaltet werden kann. Athmet dann der Kranke unter Entfernung des Schlauches von seinem Munde plötzlich in das relativ hohe Vacuum aus, dann kann der eben gesprengte Verschluss der Bronchiolen sich nicht schliessen, bevor die hinter ihm gelegene Luft in genügender Menge entwichen ist, um die Spannung der Alveolen zu entlasten. Meistens fühlt der Kranke sich unmittelbar erleichtert, nachdem diese Prozedur einige Male gemacht worden ist. Sie mehr als 8 bis 10 Mal in einer Sitzung zu wiederholen, halte ich nicht für rathsam. Hingegen schliesse ich immer für 10 bis 12 Minuten die reguläre Behandlung mit mittlerem Vacuum und Jod-Spray an sie an.

Eine Behandlungsmethode, die sowohl hier wie auch beim Emphysem mit Nutzen angewendet wird, besteht darin, dass man bei vorläufig geschlossenen Hähnen im Cabinet die Luft komprimirt. Diese komprimirte Luft athmet der Patient so tief wie möglich ein, setzt dann den Schlauch an den Mund, der Arzt öffnet den Hahn und der Kranke athmet in die äussere Luft aus, worauf der Hahn sofort wieder geschlossen wird und die Prozedur sich wiederholt. Auch dies ist natürlich nur die Einleitung oder der Schluss zum regulären *Traitement.*

Ein weiterer Zustand, dessen Behandlung ganz besondere Aufmerksamkeit erfordert, sind Cavernen. Unsere Aufgabe in Bezug auf dieselben muss eine dreifache sein, vorausgesetzt, dass die Caverne offen, also überhaupt der Behandlung zugänglich ist:

1. Stagnation von Sekret zu verhüten.
2. Wandungen und Luft der Caverne so viel wie möglich zu desinfiziren.
3. Bindegewebsbildung in den Wandungen zu begünstigen.

Wenn wir diesen drei Anforderungen nachkommen, werden wir auch so viel wie möglich gethan haben, um Blutungen zu verhindern. In Bezug auf alle diese Dinge ist für uns von Interesse eine Arbeit von Pauli: Ueber Veränderungen von Arterien bei Phthisis pulmonum.[16]) In den meisten der leisten- und buckelförmigen Hervorragungen, die man in den Cavernenwandungen findet, oder die frei durch die Cavernen hindurchziehen, findet man Bronchien. Andere aber enthalten Gefässe, die dann nie isolirt, sondern allemal mit verändertem Lungengewebe umgeben sind. Die frei in das Lumen der Caverne hineinragenden Gefässe sind thrombosirt. Der Thrombus ist konisch, er kehrt seine breite Seite nach dem Innern der Caverne und ragt mit der Spitze in das Gefäss hinein. Die quer durch die Caverne — sei es frei oder in der Wandung — verlaufenden Gefässe sind niemals thrombosirt. Ihre Wandungen unterliegen einer *Panarteriitis.* Am wenigsten verändert ist das Epithel der Intima, aber das

[16]) *Virchow's Archiv* LXXVII, 1; p. 69; 1879.

zwischen ihm und der *Membrana elastica intimae* gelegene Gewebe ist in Granulationsgewebe umgewandelt. Dieses ist anfangs stark mit Capillaren durchzogen. Die hierdurch bewirkte Verdickung der Gefässwandung ist am bedeutendsten an den von Arrosion am meisten bedrohten Stellen. Auch die Media ist mit Rundzellen infiltrirt, enthält aber keine Capillaren. Die Muskelfasern sind verschwunden, das Bindegewebe ist stärker geworden. Die Grenzen zwischen Media, Adventitia und Umgebung sind verwischt. Schreitet der destruktive Prozess schneller fort als diese Veränderungen, dann kommt es zu Blutungen. Verminderung der Stagnation des Sekrets und Desinfizirung sind darum die besten Mittel, Blutung hintanzuhalten.

Ein Fall, bei welchem das Cabinet wahrscheinlich den Durchbruch eines mit Eiter und käsig-kalkigen Massen gefüllten Herdes begünstigte und auf diese Weise eine Caverne ausräumen half, ist folgender:

Frau U., 23 Jahre alt, erkrankte am 6. Januar 1886 mit einer angeblich sehr starken Hämoptöe. Sie wurde am 1. November 1886 von Herrn Dr. von Ramdohr überschickt. Giebt an, den Sommer auf dem Lande zugebracht und dort Linderung gefunden zu haben. Sie klagt über schlechten Schlaf, wird immer wieder durch Husten mit mässigem Auswurf geweckt. Abends immer Fieber. Die Untersuchung ergiebt: verhältnissmässig guten Ernährungszustand. Links vorn Dämpfung, die continuirlich in die Herzdämpfung übergeht. Bronchialathmen; Rasseln an anderen Stellen des Thorax.

Vom 1. bis zum 10. November 4 Sitzungen.

Am 11. November machte Patientin mit ihrem Gatten bei sehr schönem Wetter einen Spaziergang im Central Park. Am Abend desselben Tages heftiger Husten mit Erbrechen. Der an diesem Abend und an den folgenden Tagen in Massen entfernte Auswurf bestand aus Eiter mit elastischen Fasern und einer kleinen Menge 1 bis 3 cmm. grosser eckiger und unregelmässig gestalteter Kalkbröckel. Am 13. Morgens war das subjektive Befinden nach einer verhältnissmässig ruhigen Nacht merklich besser als vorher; der Auswurf hatte abgenommen und am Abend war die Temp. nur 38° C. Ueber die ganze Stelle der vorderen linken Brustwand, wo früher Dämpfung war, hörte man jetzt lautes Bronchialathmen. Die Perkussion ergab Aenderung der Höhe des Schalls beim Schliessen und Oeffnen des Mundes. Keine Aenderung des Schalls bei verschiedenen Lagen des Körpers. Vom 26. November an besucht Patientin zweimal wöchentlich das Cabinet. Fieber und Brechen war nur ein einziges Mal wiedergekehrt, und zwar nach einem bestimmten äusseren Anlasse. Appetit und Schlaf sind besser als seit einem Jahre. Die Behandlung soll bis zum Eintritt besserer Witterung fortgesetzt werden, und dann beabsichtigt Patientin für immer nach Süd-Californien überzusiedeln.

Bis jetzt ist gar kein Zeichen vorhanden, welches auf die Entwickelung einer Aspirationspneumonie oder ulzerativer Prozesse in den Luftwegen schliessen liesse. Das Cabinet scheint seiner Aufgabe als *Expectorans* und *Desinficiens* nachgekommen zu sein. Dann war es aber auch vollkommen im Rechte, wenn es den Durchbruch des Herdes in einen Bronchus befördert haben sollte.

M. H.! Ich habe mir heute Abend erlaubt, Sie auf eine rein anatomische Arbeit aufmerksam zu machen, von der ich glaube, dass sie der allgemeinen Beachtung mit Unrecht entgangen sei. Bevor ich Ihnen nun über die systematische Behandlung der Phthise spreche, mögen Sie mir gestatten, Ihnen einige Sätze aus einem Buche vorzulesen, von

dem ich ebenfalls glaube, dass es — obgleich Vielen unbekannt — doch sehr viele für den Arzt wichtige Dinge enthalte. Ich meine „Physiologie des allgemeinen Stoffwechsels und der Ernährung," von C. v. Voit.[17])

S. 347 steht: „Bei schlechter Ernährung wird der ganze Körper wässeriger; ein wohlgenährter Organismus enthält dagegen mehr Trockensubstanz, da in ihm mehr Fettgewebe mit geringem Wassergehalt abgelagert ist, und auch die übrigen Organe, die Muskeln u. s. w., weniger Wasser einschliessen. Bischoff und Voit haben bemerkt, dass ein Hund, der während einer 41-tägigen Fütterung mit Brod eine 3717 Gramm Fleisch entsprechende Stickstoffmenge abgegeben, jedoch nur 531 Gramm an Gewicht verloren hatte, Wasser im Körper zurückbehielt, wodurch eine starke Tränkung desselben mit Wasser stattfand. Als das Thier darnach täglich 1800 Gramm Fleisch erhielt, wurde das vorher aufgestapelte Wasser in grossen Mengen im Harn entleert; trotz der reichlichen Fütterung und einem beträchtlichen Ansatz von Eiweiss nahm das Körpergewicht am ersten Tage um 310 Gramm ab, und im Harn allein fanden sich 120 Gramm Wasser mehr, als der Hund eingenommen hatte....."

Den grossen Einfluss der Fettablagerung auf die Wassermenge im Thierkörper haben besonders Lawes und Gilbert[18]) durch ihre ausgedehnten Schlachtversuche auf's Bestimmteste erwiesen; gemästete Rinder, Schafe und Schweine enthalten um so weniger Wasser, je mehr Fett sich in ihnen ansammelt. Es handelt sich dabei zum Theil um eine Verdrängung von Wasser durch das Fett, grösstentheils aber um eine relative Zunahme desselben durch den Ansatz des wasserfreien Fettes.

Es gilt wohl unzweifelhaft das Gleiche auch für den Menschen; wohlgenährte kräftige Männer werden wasserärmere Organe besitzen als schlecht genährte Individuen, von denen schon der Volksausdruck sagt, sie seien aufgeschwemmt.

Wegen der wechselnden Menge des Wassers ist man nicht im Stande, aus einer Aenderung des Körpergewichts auf einen Ansatz oder eine Abnahme von Eiweiss oder Fett zu schliessen. Jeder erfahrene Fleischer weiss, dass man die Schlachtthiere nicht nur nach ihrem Gewicht beurtheilen darf. Remontepferde, welche vorher wenig Hafer erhalten haben, werden anfangs bei dem besseren Futter in der Kaserne magerer. Der Organismus kann ferner an Eiweiss und Fett abnehmen und doch durch Wasserzusatz an Gewicht zunehmen.

Ich habe noch einige Punkte anzuführen, die hierher gehören. Lebert giebt in seinem Handbuch der praktischen Medizin an, dass Dienstmädchen, die aus armen ländlichen Distrikten in einen guten Dienst in der Stadt kommen, in den ersten Monaten mager werden und ihre Menstruation verlieren. Erst mit Fortsetzung besserer Ernährung stellen sich Körperfülle und Menstruation von selbst wieder her.

Herr Dr. Lausen, ein dänischer Arzt, der längere Zeit Vorstand eines europäischen öffentlichen Spitals in Montevideo war, frug mich bei Gelegenheit eines Besuches um eine Erklärung folgender Erscheinung: In sein Spital kamen sehr häufig Europäer, die lange Zeit im Innern des Landes von Pflanzenkost gelebt hatten. Sie zeigten die Symptome schwerer Anämie. Sein Heilmittel bestand darin, dass er die Leute auf gute, volle Spitalkost setzte. Der erste Erfolg war immer massenhafte

[17]) 6. Bd. des „Handbuches" v. Hermann.
[18]) *Phil. Transact.* II. p. 494; 1859.

Ausscheidung von Wasser. Nachdem diese 14 Tage bis 3 Wochen angedauert hatte, begann das Wohlbefinden sich wieder herzustellen. Ich konnte den Collegen durch Hinweis auf die eben zitirten Stellen des Werkes von Voit befriedigen.

Den ersten Theil dieser Erscheinung, nämlich Abnahme des Körpergewichts, kann man in Japan allemal sehen, wenn man einen der dortigen Reisesser aus sanitären Rücksichten überredet, sogenannte europäische Kost zu geniessen. Die meisten werden durch diese so verhängnissvoll scheinende Erscheinung abgeschreckt und kehren zu Reis und Fisch zurück.

Ich habe Ihnen schon erzählt, wie unter dem Einfluss des Cabinets in ungefähr $\frac{1}{5}$ aller Fälle eine reichliche Harnabsonderung mit vorübergehender Abnahme des Körpergewichts auftrat. In allen diesen Fällen nahm später das Körpergewicht wieder zu und die Harnabsonderung wieder ab. Wir haben also allen Grund anzunehmen, dass bei jedem Phthisiker, dessen Leiden manifest geworden, die Ernährung des Gesammtorganismus wesentlich gelitten hat.

Der direkte Nachweis hiefür wurde von Hösslin geliefert[19]). Die Untersuchungen wurden in München angestellt und ergaben, dass ganz speziell an den Leichen von Phthisikern der Wassergehalt der Muskeln grösser ist als normal. Es muss dies unmittelbar auf den schlechten Ernährungszustand dieser Muskeln bezogen werden. Eine geringe Steigerung des Fettgehaltes, die sich ebenfalls herausstellte, rührt her von fettiger Degeneration.

Die Phthisiker befinden sich in einem *Circulus vitiosus.* Ihre Gewebe sind schlecht ernährt, weil sie phthisisch sind, und weil die Gewebe schlecht ernährt sind, schreitet die Phthise rascher vor. Gelingt es in einem solchen Falle aber auf irgend eine Weise den Ernährungszustand zu heben, dann hat man die erste und unerlässliche Indikation eines rationellen Kurplanes erfüllt. Es gilt dies auch dann, wenn inzwischen in den physikalischen Symptomen der Brust sich auch noch kein Deut gebessert haben sollte. Bei einer in so entschiedener Weise fortschreitenden Krankheit muss jede Besserung mit Stillstand beginnen.

Durch die Angaben von Debove über forcirte Ernährung und durch die Resultate, welche die sogenannte Trockenkost erzielen soll, belehrt, pflege ich darum ein besonderes Regime zu empfehlen:

Eier und Rindfleisch, wenig von wässerigem Kalb- oder Fischfleisch, auch das Mucin der Austern ist entbehrlich. Als Zulagen Reis, Weissbrod und Maccaroni. Diese Amylaceen sind es, welche am besten von unserem Darmkanal ausgewerthet werden.[20]) Letztere haben den Vortheil, dass mit ihnen zusammen eine gewisse Menge leicht verdaulichen Fettes als Butter genommen werden kann. Verträgt der Kranke Leberthran, desto besser. Keinen Kaffe, keinen Thee, wenig Suppe, aber so viel Milch wie möglich und mässige Mengen Wein. Als Kind einer fast ausschliesslich vom Weinbau lebenden Thalschaft weiss ich, dass der Geschmack der grossen Masse der Weintrinker korrupt ist. Um diesem Geschmack zu genügen, sind wohl fast alle die Weine, welche im hiesigen Handel europäische Namen führen, viel geschönt und darum arm an Tannin, und mit Alkohol und Aethern versetzt. Darum empfehle ich den Kranken ausschliesslich amerikanische, resp. California-Weine. Bier, auch importirtes, verbiete ich ganz. Hingegen erlaube ich Abends ein Glas irländischen Porter.

[19]) *Deutsch. Archiv für klinische Medicin,* Bd. XXXIII; p. 600.
[20]) Voit, l. c., S. 461 ff.

Um diese Verordnungen durchzuführen, findet man allerdings häufig Widerstand, weniger beim Patienten selbst als bei seiner Umgebung, die immer und immer wieder mit Patentmedizinen und Recepten berühmter Aerzte kommt. Gelingt aber die Durchführung, auch dann, wenn der Kranke im Anfang sich zum Essen zwingen muss, dann erleben häufig Kranker und Arzt die Freude, dass Appetit und mit ihm Hebung des Allgemeinbefindens sich einstellen, und dann ist dem Cabinet auch die Möglichkeit gegeben, eine Besserung der lokalen Symptome herbeizuführen.

Dann aber schwindet auch ein sehr unliebsames Symptom, wenn es überhaupt vorhanden war: die Nachtschweisse. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich die Nachtschweisse der Phthisiker als durch den übermässigen Wassergehalt der Gewebe bedingt ansehe.

Ernst Ziegler sagt in seinem Lehrbuch der pathologischen Anatomie, [21]) dass die Tuberkulose der Lunge eine dreifache Genese habe, indem die Bacillen sowohl durch das Blut, als die Lymphgefässe, als auch durch die Athemluft in die Lunge gelangen können. Das Blut selbst könne die Bacillen aus irgend einem Herde, z. B. aus einer tuberkulösen Lymphdrüse bekommen und dann entweder eine diffuse miliare oder eine lokalisirte Lungentuberkulose veranlassen. Durch die Lymphe werden die Lungen am häufigsten von tuberkulösen Bronchiallymphdrüsen oder von tuberkulösen Wirbelknochen aus angesteckt.

So weit Ziegler.

Man kann wohl daran denken, ob nicht einmal eine Zeit kommen werde, wo man das anatomische Substrat dessen, was wir jetzt hereditäre Disposition für Tuberkulose nennen, darin findet, dass irgendwo im Körper tuberkulöse Lymphdrüsen verborgen liegen, die jeden Augenblick sich gleichsam entladen können. Ob dabei die ersten Bacillen schon in den Foetus gelangten, oder ob sie erst im extrauterinen Leben die abnorm wenig resistenzfähigen Wandungen der Luft- oder Speisewege durchdrungen haben, um, ohne an ihrer Eintrittsstelle primäre Erkrankungen zu veranlassen, in die Lymphcirculation zu gelangen, dies wäre eine weitere Frage, die wir hier aber nicht verfolgen wollen. Immerhin wäre es möglich, dass wir in Folge besserer Erkenntniss diejenigen Fälle der Lungentuberkulose, bei denen wir eine primäre Ansteckung durch die Athemluft annehmen müssen, immer mehr und mehr einengen. Ganz leugnen werden wir sie nie können, weil ja der Versuch an Thieren zur Evidenz ihr Vorkommen beweist, und darum möchte ich zuerst von denjenigen Fällen sprechen, wo einstweilen noch eine Infektion durch die Athemluft das Wahrscheinlichste ist.

Aus all' den Untersuchungen, die über die Heredität und Ansteckungsfähigkeit der Phthise angestellt worden sind, geht mit Sicherheit hervor, dass diese Krankheit in vielen Familien häufiger ist als in anderen, ohne dass man darum in jedem einzelnen Falle eine direkte Ansteckung eines Familienmitgliedes durch ein anderes nachweisen könnte. Andererseits sehen wir Leute, aus ganz gesunden Familien stammend, erkranken, wenn sie mit phthisisch erkrankten Personen (z. B. in der Ehe) in intimen Verkehr treten. Dieses zusammengehalten mit den Resultaten der experimentellen und der anatomischen Pathologie würde Folgendes ergeben:

[21]) Bd. II, S. 445.

1. Jeder kann schliesslich Lungenschwindsucht bekommen, wenn er nur stark und häufig genug angesteckt wird.

2. Es ist wahrscheinlich, dass jeder Mensch gelegentlich einmal stärkeren oder schwächeren Ansteckungen unterworfen ist, aber bei sonst normalen Individuen bleibt diese Ansteckung meistens ohne Folgen.

3. Es giebt andere, zu bestimmten Familien gehörende — hereditär belastete — Individuen, bei denen ein solch' geringer Grad der Ansteckung die Krankheit in der Regel zur Entwickelung bringt. Eine hereditäre Prädisposition besteht also, aber in was sie besteht, dürfte einstweilen in jedem einzelnen Falle noch besonders zu untersuchen sein. Einmal war Dr. Williams so ungalant zu vermuthen, sie möchte in hereditärer Nachlässigkeit und Gleichgültigkeit bestehen,[22]) und ich glaube, er ist nicht der einzige Praktiker, der schon in ähnliche Stossseufzer ausgebrochen ist. Dass dieser Disposition aber mitunter Ursachen zu Grunde liegen, die mit dem Zollstabe gemessen werden können, beweisen die sehr zuverlässigen Angaben der schweizerischen Statistik. Vor ungefähr 15 Jahren wurde in der Schweiz das Gesetz erlassen, dass kein Stellungspflichtiger zum Milizdienst ausgehoben werden solle, bei dem das Doppelte des grössten Brustumfanges *minus* 2 cm. nicht grösser ist als die Körperlänge. Die Maassregel wurde auf das lebhafteste angefochten, aber darum doch von den, von ärztlicher Seite gut berathenen Behörden aufrecht erhalten und durchgeführt. Sie war mit Schuld, dass in manchen Jahrgängen nur die Hälfte tauglich befunden wurde. Nun aber stellt es sich heraus, dass in der That Morbidität und Mortalität der Lungenschwindsucht eines jeden Bezirkes proportional geht der Anzahl der aus dem angeführten Grunde vom Dienste Befreiten.

Dieses aber kann nur die Vermuthung stützen, dass, neben schlechter Ernährung des Lungengewebes, ein wesentlicher Faktor für die Infektion der Lungen durch die Athemluft, die mangelhafte Ventilation der Lungen sei. Ausser den bekannten Spitzen giebt es noch andere Stellen an den Lungen, die besonders zu tuberkulösen Erkrankungen geneigt sind. In den Schmidt'schen Jahrbüchern[23]) theilt ein Cölner Militärarzt Namens Knoevenagel als Resultat seiner Beobachtungen aus dem Spitale mit, dass er häufig Tuberkulose der Lungen gefunden hat, die ihren Ausgangspunkt in der um das Herz herum liegenden Lungenpartie nahm. In ungefähr der Hälfte der Fälle fing die Erkrankung mit circumscripter Pleuritis jener Stelle an. Zuweilen konnte man dabei durch das Handwerk der Patienten bedingte (Schuster) traumatische Einwirkungen nicht ausschliessen. Unter 139 Erkrankungen der Respirationswege überhaupt fand er 15 Fälle von „chronischem Katarrh" dieser Gegend bei sonst gesunder Lunge, 14 Fälle, wo neben dieser Stelle auch noch andere Stellen erkrankt waren, und nur 9 Fälle mit Spitzenkatarrh allein. Letztere Zahl erklärt sich daraus, dass die Statistik in einem Militärspitale gewonnen wurde, wo ein auffällig missbildeter Thorax überhaupt nicht hinkommt. Die betreffende Stelle ist nun aber gerade diejenige, an der das Herz-Lungengeräusch zu Stande kommt, welches uns durch Herrn Dr. Conrad[24]) bekannt geworden ist. Es ist also eine Stelle der Lunge, welche durch

---

[22]) Clinical Report; *N. Y. Med. Journal*, Sept. 11th, 1886.
[23]) Bd. CLXXVIII, S. 185, und Bd. CLXXXII, S.248.
[24]) N. Y. Med. Presse, Bd. II, S. 47.

eine starke Herzsystole zu einer stärkeren Inspiration gebracht werden kann, als sie in Folge der Wirkung der Athemmuskeln allein einnehmen würde. Darum dürfen wir annehmen, dass gerade diese Stelle in der Regel im Verhältniss zu ihrer Capacität nicht so gut ventilirt wird als die meisten übrigen Lungenpartien.

Wenn ich Recht habe, dass schlechte Ventilation der Lunge ein prädisponirendes Moment für ihre tuberkulöse Erkrankung ist, dann muss ergiebige Ventilation das Weiterschreiten hemmen; vielleicht aber beginnende Erkrankung heilen. Es ist dies ein Punkt von grosser praktischer Wichtigkeit. Bis jetzt wurden mit dem Cabinet meistens nur in solchen Fällen Versuche angestellt, in denen eben jedes andere überhaupt für den Patienten erreichbare Mittel fehlgeschlagen hatte. Die neue Methode hat auch in manchen dieser Fälle Linderung, in manchen sogar viel Linderung gebracht. Daraus darf man nun keineswegs folgern, dass der Wirkungskreis des Cabinets auf diese Fälle beschränkt bleiben müsse. Erst nach und nach ist man so weit gekommen, auch frischere, hoffnungsvollere Fälle behandeln zu können, und bei diesen sind die Resultate viel besser.

Es giebt Individuen, zwischen 16 und 30 Jahre alt, hereditär mehr oder minder schwer belastet. Ausser den gewöhnlichen Kinderkrankheiten sind sie nie ernstlich krank gewesen, in den Jahren vor der Pubertätsentwickelung erfreuten sie sich sogar einer guten Gesundheit; nun werden sie blass, anämisch, der Appetit schwindet, sie klagen über Müdigkeit und Unlust zur Arbeit; gelegentlich ein kurzer stossender Husten, häufig Schnupfen. Es gehen Monate ins Land, ohne dass sich trotz Pepsin und Eisentropfen etwas bessert; der Stuhl wird unregelmässig, gelegentlich Verstopfung, häufiger Durchfall. Ausser einem etwas flach gebauten Thorax findet man an den Athemorganen nichts, oder nur hie und da leise Rasselgeräusche. Endlich, in Folge einer scheinbaren Gelegenheitsursache: Stärkerer Husten, etwas Fieber, Auswurf, Rasseln an den meisten Stellen des Thorax. Dieses „Kalt" oder diese Bronchitis wird geheilt, um bald wieder zu kommen u. s. w., bis der „Spitzenkatarrh" fertig ist. —

Nun liegen aber Erfahrungen vor, die zeigen, dass, wenn man es nicht zum Spitzenkatarrh kommen lässt, wenn man früher, und zwar so früh wie möglich, eine pneumatische Behandlung beginnt, man überraschend schnell alle Symptome zum Verschwinden bringt. 10 bis 12 Sitzungen in rascher Folge können das drohende Gespenst für lange, vielleicht für immer verjagen — aber das Gespenst muss erkannt und die Sitzungen müssen durchgemacht werden. Absolute Sicherheit der Diagnose werden wir in den in Rede stehenden Fällen kaum jemals erreichen, ebenso wenig als absolute Sicherheit in der Therapie. Machen wir aber noch so weite Zugeständnisse für diejenigen Fälle, bei denen das Cabinet nicht nöthig gewesen wäre, und für die, bei welchen es nicht hilft, der grossen Mehrzahl wird man dadurch einen Dienst leisten, der durch nichts anderes ersetzt werden kann.

Ist der Fall weiter fortgeschritten, hat sich der Spitzenkatarrh durch Bronchialathmen, Rasseln und Dämpfung dokumentirt, dann ist der Fall zwar viel schwieriger, aber noch nicht hoffnungslos. Der Spitzenkatarrh der Kliniker wird von den Anatomen „tuberkulöse Bronchopneumonie mit Lymphangoitis" genannt. Er verbreitet sich durch und innerhalb der Lymphbahnen der Lungen. Die Lunge hat nämlich sehr viele Lymphgefässe, interlobuläre sowohl wie intralobuläre, und dann noch peribronchiale. Ihre Wurzeln haben die Lymphgefässe der

Lunge in denen der Pleura, ihre Endigung in den Drüsen der Bronchien. Dass Bacillen von einem tuberkulösen bronchopneumonischen Herde aus in die Lymphgefässe kommen, können wir nicht verhindern, aber wir können etwas dafür thun, dass sie dort nicht liegen bleiben und sich vermehren. Strömende gesunde Lymphe, gerade so wie strömendes gesundes Blut, hat eine grosse Vitalität. Beide sind im Stande, Bacillen zu zerstören. Um ihnen aber diese Aufgabe zumuthen zu können, muss ihr Ernährungszustand ein möglichst günstiger sein. In diesem Sinne ist eben gut verdautes Eiweiss das beste Medikament. Darum halte ich bei einem ausgesprochenen Spitzenkatarrh die pneumatische Behandlung ohne die diätetische für nur sehr unvollkommen. Allerdings erfordert letztere von Seiten des Patienten und seiner Umgebung sehr viel mehr Konsequenz und Verständniss als das Schlucken von Medizinen.

Das Günstigste, was mit einer solchen Bronchopneumonie geschehen kann, ist deren Ausgang in Bindegewebsinduration. Sektionsbefunde beweisen, dass diese eine vollkommene sein kann, und dann darf man anatomisch von Heilung sprechen. Je mehr käsige Knoten in dem schieferigen, grauen oder weissen Bindegewebe eingebettet sind, um so weniger günstig ist der Ausgang. Von diesen Herden aus ist immer wieder eine Infektion möglich. Auch dann, wenn ein solcher Kranker sich längere Zeit gut befinden sollte, ist er in derselben Lage wie diejenigen, welche auf irgend eine Weise sich tuberkulöse Lymphdrüsen erworben haben, ohne dass die Lungen primär erkrankt gewesen wären. Mögen Sie mir über diese noch einige Bemerkungen gestatten, bevor ich auf die weiteren Schicksale der Bronchopneumonie zurückkomme.

Man hat schon behauptet, dass Amerika skrofelfrei sei. Es thut mir sehr leid, dass ich dieser Behauptung nicht beistimmen kann, denn wenn in Amerika keine Lymphdrüse käsig degeneriren würde, dann hätten wir es nur mit dem Luftwege für die Genese der Lungentuberkulose zu thun, und diesem wäre am Ende doch schon beizukommen. Der typische Kartoffelbauch mag unter der nativen Bevölkerung New Yorks ja recht selten sein, aber dafür trifft man gerade hier recht häufig Folgendes: Ein langgestreckter Thorax mit grossen und mageren Interkostalräumen ist in der Höhe des unteren Endes des Brustbeines so stark am ganzen Umfang eingedrückt, dass die falschen Rippen merklich abstehen. Die äussere Fläche des Thorax stellt dasjenige dar, was die Mathematiker eine Sattelfläche nennen. Halten wir uns an die Angaben der pathologischen Anatomen, die dahin gehen, dass Bronchiallymphdrüsen meistens im Anschluss mit Lungenaffektionen erkranken, und dass Tuberkelbacillen aus dem Bronchialbaum und den Alveolen in die Lymphgefässe gelangen können, ohne in den Lungen selbst bleibende Veränderungen zu hinterlassen, so müssen wir einem soeben beschriebenen Thorax dieselbe Prognose stellen wie dem Kartoffelbauch. Stellen wir uns für einen Augenblick ganz auf den modernen Standpunkt über die Aetiologie der tuberkulösen Erkrankungen, so müssen wir auch zugeben, dass überall in der Luft menschlicher Wohnungen Tuberkelbacillen, wenn auch nur ein Dutzend auf den Cubikmeter Luft, vorhanden sind. Kein Mensch wird sicher sein können, dass er nicht ab und zu Bacillen einathmet; sind die Athemwerkzeuge aber gut, so werden die Eindringlinge entweder wieder ausgeathmet oder sie gehen zu Grunde. Wohl aber können sie sich in schlecht ventilirten Lungen festsetzen, vermehren und wenn ihre

Menge hier nicht genügend ist, um lokale Erkrankungen hervorzurufen, so werden sie als Fremdkörper vom Lymphstrom aufgenommen. Ist dieser — der ja bekanntlich sehr vom Blutlauf und der Athmung abhängt — genügend lebhaft, so werden in ihm die Bacillen zu Grunde gehen. Im anderen Falle sehen wir, dass die Eindringlinge sich da festsetzen, wo der Strom der Lymphe am breitesten, aber auch am langsamsten ist; in seinem Anfang: in der Pleura; an seinem Ende: in den Bronchialdrüsen. Ein solcher Mann ist für die Behandlung mit dem Cabinet genau in derselben Lage wie einer mit einer bindegewebig indurirten Spitze, in der grössere oder kleinere käsige Herde sitzen.

Das Cabinet wird auf jeden Fall nur in den allerseltensten Fällen eine Heilung bewirken, aber es wirkt prophylaktisch in Bezug auf die noch gesund gebliebenen Theile der Lunge. Es wird entschieden einer Verbreitung der Infektion entgenwirken. Solche Patienten lasse ich den Winter über wöchentlich 1 bis 2mal kommen unter der Bedingung, im Sommer einen längeren Aufenthalt in einem klimatischen Kurorte durchzumachen, oder definitiv das Klima zu wechseln.

Schreitet der Prozess in den käsigen Herden weiter und kommt es dabei zu einem Durchbruch in einen Bronchus, dann besteht die Gefahr der Aspirationspneumonie und der ulzerativen Prozesse der Luftwege. Dass auch in einem solchen Falle das Cabinet, wenigstens für Monate, die drohenden Gefahren hintanhalten und namentlich die Caverne offen halten und desinfiziren kann, davon habe ich Ihnen heute ein Beispiel erzählt. Was einmal gelingt, kann wieder gelingen. Man kann hier nicht mehr heilen, wenigstens nicht in anatomischem Sinne, aber man kann den Fortschritt aufhalten bis Klimawechsel Aussicht auf erträgliche Existenz bietet.

In noch weiter fortgeschrittenen Fällen muss man die s y s t e m a t i s c h e Anwendung des Cabinets aufgeben, aber eine rein symptomatische kann noch Dienste leisten. Ich meine 1 bis 2 Sitzungen bei starker Schleimansammlung. Dies aber ist eine Sache, die sich nur in den seltensten Fällen in der Officepraxis thun lässt.

Das Cabinet geht in zwei wesentlichen Punkten parallel mit dem, was uns Dr. Seibert über die Behandlung der Phthise in den besten Kuranstalten berichtet hat. Es sind: die Ventilation der Lungen und die Anregung der Circulation. Auch die Bedeutung der Diät wird in den Kuranstalten gewürdigt. Dass ich geeignete Diät für unerlässlich für den Erfolg der Cabinetbehandlung halte, habe ich ausführlich dargethan.

Das Cabinet ist ein gutes Prophylaktikum; es ist wahrscheinlich in leichten Fällen ein Ersatz der Kuranstalt. In anderen ist es eine gute Vorbereitung für dieselbe. Wo keine Anstalt-Behandlung möglich ist, ist es ihr bester Ersatz. Was es in einer Anstalt selbst zu leisten vermag, lehrt hoffentlich die Zukunft.

Das Cabinet leistet n i c h t a l l e s, was wünschbar ist. Es ganz zurückweisen zu wollen, darum, weil es nicht a l l e n Wünschen nachkommt und nicht i m m e r wieder den Schaden gut macht, den die mit dem Probiren innerer Medikamente verlorene Zeit angerichtet hat, dies gliche der Logik jener Schuldner, die, weil sie nicht alle Schulden bezahlen können, g a r k e i n e bezahlen wollen. Hiermit habe ich etwas nachgesprochen, das vor vielen Jahren Adolph Fick in Bezug auf die Anwendung der Physik und der Physiologie auf die praktische Medizin überhaupt sagte.

102 West 13. Strasse.

Doppelbruch der Wirbelsäule und Schiefbruch des rechten Oberschenkels.

Ein klinischer Vortrag von Dr. Louis Bauer, Professor der Chirurgie am *St. Louis College of Physicians and Surgeons.*

Einigen von Ihnen wird dieser Kranke noch erinnerlich sein. Vor Jahresfrist wurde er in unsere Klinik (im *Pius-Hospital*) getragen in Folge kurz zuvor erlittener schwerer Verletzungen. Im Begriffe, eine 600 Pfund schwere Kiste in ein unteres Stockwerk zu bringen, zerbrach der Boden des Elevators. Er stürzte aus einer Höhe von 52 Fuss in den Keller hinab und die Kiste auf ihn – glücklicher Weise mit der Fläche, und so entging er einer Verwundung. Der Kranke war zwar bei Bewusstsein, aber augenscheinlich im Kollaps. Nach Anwendung von Belebungsmitteln gelang es, eine sorgfältige Untersuchung vorzunehmen. Wir fanden zuvörderst einen Schiefbruch des rechten Oberschenkels im mittleren Drittel; demnächst einen Doppelbruch der Wirbelsäule im unteren Brust- und oberen Lendentheile. Die Dornfortsätze traten stark hervor. Eine fast vollständige Paraplegie, mit Einschluss der Blase, wurde konstatirt. Die Bewegungen des Rumpfes veranlassten heftige Schmerzen, die sich indessen durch eine kräftige Extension der Wirbelsäule mässigten.

Wir legten den Patienten auf ein Wasserkissen, 30x27″, und sicherten Apposition und Ruhe des Schenkelbruches durch einen vorläufigen Verband. In den folgenden 12 Tagen wurde keine Veränderung vorgenommen, da sich der Kranke behaglich und schmerzlos fühlte. Um diese Zeit traten die Zeichen verbesserter Innervation hervor, und der Kranke fühlte Urindrang. Die Besserung, obschon langsam, zeigte stetigen Fortschritt, so dass auch der Katheter beiseite gelegt werden konnte. Am 12. Tage wurde der permanente Verband für den Schenkelbruch angelegt, wozu wir uns eines doppelten, von uns konstruirten *Planum inclinatum* bedienten. Obschon die Konsolidation des Bruches in der gewöhnlichen Zeit erfolgte, so wurde doch die Rückenlage noch gegen 6 Monate, also im Ganzen 8 Monate fortgesetzt. Die Genesung des Kranken ist eine fast vollständige. Nur eine leichte Schwäche in der linken Unterextremität und die Prominenz der Dornfortsätze der betroffenen Wirbel ist verblieben. Das Aussehen des Kranken, wie Sie sehen, ist gut, seine Bewegungen sind fast ebenso frei wie vor dem Unfalle.

Spezielle Gründe veranlassen uns, Ihnen den Kranken nochmals vorzustellen. Wenn Sie den gebrochenen Femur untersuchen, so finden Sie keine Difformität, einen kaum wahrnehmbaren Callus, und wenn Sie weiter den Kranken in der aufrechten Stellung beobachten, so wird es Ihnen klar, dass die Extremität eine kaum merkliche Verkürzung erlitten hat.

Ich mache Sie auf diese Punkte deshalb aufmerksam, weil wir die so befriedigenden Erfolge dem *Planum inclinatum* verdanken, welches bei den Aerzten der Neuzeit kein besonderes Ansehen geniesst; einige verwerfen es sogar. Da ich entschieden anderer Meinung bin, so benutze ich diese Gelegenheit, die schwebende Frage zu besprechen.

Lassen Sie uns zuvörderst das Messen gebrochener Glieder erwägen, worüber noch Meinungsverschiedenheit besteht. Die meisten Aerzte wenden das sogenannte Bandmass an und messen von der oberen, vorderen Spina der Darmschaufel bis zum unteren Ende des inneren Malleolus. Ich bin häufig zugegen gewesen, wenn von verschiedenen Aerzten eine solche Messung vorgenommen worden ist und das Ergebniss fast immer

verschieden ausfiel (selbst beim wiederholten Messen ein und desselben Arztes), einfach weil es an fixen Punkten fehlt, die Stellung des Gliedes und die Spannung des Maasses nicht immer dieselbe ist. Ich halte daher diese Methode nicht für zuverlässiger als das Augenmaass eines geübten Beobachters. Es giebt nur eine zuverlässige Methode, die freilich erst am Ende der Behandlung in Anwendung gebracht werden kann. Wenn Sie einen Menschen mit gleich langen und gleich gestellten Unterextremitäten von hinten betrachten, so finden Sie, dass der Internatalspalt und die Medianlinie sich decken. Ist das eine Bein kürzer, so durchschneiden sich die beiden Linien in einem spitzen Winkel, und die Grösse desselben entspricht genau der Verkürzung. Wenn Sie nun durch eine entsprechende Unterlage die Ungleichheit aufheben, so haben Sie in derselben zugleich das exakte Maass der Verkürzung, und der Winkel wird aufgehoben. Indem wir diese Methode anwenden, finden Sie, dass auch in diesem Falle eine Verkürzung besteht, die aber nicht $\frac{1}{8}$ Zoll erreicht, entschieden nicht überschreitet; sie ist jedenfalls so unbedeutend, dass sie den Gang des Patienten in keiner Weise beeinflusst.

Wenn wir solche Ergebnisse in der Behandlung eines Schenkelbruches mit Hülfe einer doppeltgeneigten Vorrichtung erreichen, wie sie sich kaum durch Anwendung anderer Hilfsmittel erlangen lassen, so scheint mir doch die bestehende Abneigung gegen das *Planum inclinatum duplex* unhaltbar zu sein. Handelte es sich blos um eine Meinungsverschiedenheit oder um Gewohnheiten, so würde darüber kein Wort zu verlieren sein; aber es werden Thatsachen präsumirt, welche in dieser Meinungsverschiedenheit gipfeln, und auf diese müssen wir hier eingehen. Es wird behauptet, dass es geradezu unmöglich sei, einen Schiefbruch des Femurschaftes zu konsolidiren, und als Ursache wird der unkontrollirbare Muskelzug der Schenkelmuskulatur angenommen. Diese Ansicht hat sich unter den Chirurgen so fest eingebürgert, dass es fast verwegen erscheint, Widerspruch zu erheben. Es ist Zeit, dass wir uns über diese Punkte klar werden.

Nun, meine Herren, es muss zugegeben werden, dass ein gereizter Muskel mit Kontraktion reagirt. Wir sehen dies ganz klar, wenn dislozirte Bruchfragmente mit exponirten Muskeln in Berührung kommen, und als Beweis liegen uns die physiologischen Effekte vor, nämlich: Veränderung der Conturen, Myophonie und Schmerz. Sowie aber die Reduktion der Bruchenden bewirkt ist, tritt in fast allen Fällen sofortige Muskelruhe ein, und mit ihr verschwinden natürlich die physiologischen Zeichen. Dies ist, denke ich, eine unbestreitbare Thatsache. Wenn aber der Muskel in Ruhe versetzt ist, wenn die Conturen des Gliedes unverändert erscheinen, und wenn Myophonie und Schmerzen absolut fehlen, so kann natürlich vom physiologischen Standpunkte aus keine Muskelverkürzung angenommen werden. Die Vertreter jener Ansicht begehen eine grosse Inconsequenz, deren sie sich nicht bewusst zu sein scheinen, wenn sie den doppelt geneigten Frakturapparat zurückweisen, der doch das geeignetste Mittel sein dürfte, Muskelrelaxationen zu sichern. Einige Autoritäten sind so naiv, die doppelt geneigte Ebene für komplizirte Brüche zuzulassen und doch ihren Werth für die Behandlung einfacher Brüche zu unterschätzen. Auf solche Widersprüche trifft man, wenn man diese Frage eingehend prüft. In Verbindung mit der Muskelverkürzungs-Theorie hat sich noch ein zweiter Irrthum eingeschlichen: nämlich der, dass eine jede Verkürzung durch Verschiebung des unteren Bruchfragmentes

über das obere zu Stande komme. Nachdem wir bereits den abnormen Muskelzug ausgeschlossen haben, würde es nur einen Weg geben, die Verkürzung nach oben zu ermöglichen, nämlich ein direktes Hinaufschieben, welches sich praktisch aber nicht annehmen lässt. Mithin kann die Verschiebung nur in entgegengesetzter Richtung geschehen, nämlich von oben, und dafür kann ich die erforderlichen Beweise heranziehen.

Zu Anfang meiner ärztlichen Laufbahn war die sogenannte Hagedorn-Dzondi'sche Vorrichtung in der Mode. In Uebereinstimmung mit der Wirkungsweise dieses Apparates konstruirte ich später meine Drahthose, die bedeutende Vorzüge über jene besitzt; meistens brachte ich sie nur bei Kindern in Anwendung. In Beiden dient das gesunde Bein zur Kontraextension, während das gebrochene in Extension erhalten wird. So lange der Kranke wacht und eine gerade Stellung beobachtet, ist die Lage gesichert. Während des Schlafes aber neigt der Patient instinktiv den Körper nach der verletzten Seite, um sich seine sehr lästige Stellung zu erleichtern. Das Becken erhält dadurch eine geneigte Stellung, so dass der Fuss mit dem Fussbrette in Berührung kommt, und in dieser einfachen mechanischen Weise wird die Verschiebung des oberen Bruchendes bewirkt. Man wird nun behaupten wollen, dass dies bei Gewichtsextension nicht möglich sei; man übersieht aber dabei die Thatsache, dass das Bein auf einer Matratze liegt, und dass das Gewicht des Beines einerseits und die Unebenheiten der Matratze andererseits gegen den Gewichtszug wirken. Nur auf dem Wege der Suspension oder mit dem Dumreicher-Volkmann'schen Eisenbahnapparat würde solches unmöglich sein. Sie sehen also, meine Herren, dass ich sehr gute Gründe habe, dem doppelt inklinirten Planum den Vorzug in meiner Praxis einzuräumen. Die Vortheile desselben sind die folgenden :

1. Es erhält das gebrochene Glied in einer Stellung, die ein Jeder im Zustande der Ruhe und des Schlafes annimmt, wogegen die gestreckte Stellung auf die Dauer lästig, ermüdend und schwer erträglich wird. (Versuchen Sie es nur einmal selbst, eine solche Stellung für längere Zeit zu erzwingen, und Sie werden sehr bald davon abstehen müssen.)
2. Gestattet Ihnen das *Planum inclinatum* eine sehr leichte Einrichtung des Bruches, wie Sie es verschiedentlich in unserer Klinik gesehen haben; endlich
3. Ist eine Verschiebung des oberen Bruchfragmentes über das untere ohne grosse Anstrengung ganz unmöglich.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die bisherige Einrichtung dieser Apparate ihre Zurückweisung selbst verschuldet hat, und ich habe mich daher veranlasst gesehen, eine eigene, sehr einfache Vorrichtung herzustellen.

Die meisten dieser Apparate sind aus Brettern gefertigt, flachen daher das gebogene Glied zum Nachtheile der Sicherheit und Bequemlichkeit ab; derjenige, welchen McIntire eingeführt hat, ist jedoch zu theuer, um allgemeine Anwendung zu finden. Die Möglichkeit, ihn in verschiedene Grössen zu verändern, ist nur ein scheinbarer, aber kein wirklicher Vortheil; er ist entweder zu gross oder zu klein und meistens zu weit. Und eine Hauptbedingung für solche Hülfsmittel ist eine genaue Anpassung und ein geringer Preis, sodass man sich für jeden einzelnen Fall und überall eine doppeltgeneigte Schiene anfertigen lassen kann. Die meinige kann ein jeder Blechschmied aus dünnem Eisenblech machen. Man messe die Länge und den hinteren

Umfang des Gliedes und lasse das Blech darnach schneiden. Für das Knie werden zwei halbmondförmige Stücke ausgeschnitten, am Fussende wird ebenfalls Raum für die Achillessehne gemacht und dann eine der Grösse des Fusses entsprechende Holzplatte für den Fuss in geeigneter Winkelstellung befestigt. Endlich wird diese gerade Schiene am Knie in passendem Winkel gebogen und der Apparat ist für den Gebrauch fertig. Nun polstert man ihn genügend mit loser Baumwolle und legt das Glied hinein. Bei der Einlagerung wird natürlich eine gewisse Extension ausgeübt und durch Befestigung mit Flanellbinden so erhalten, dass ein Hinaufgleiten des unteren Bruchendes geradezu unmöglich ist.

Wenn es nöthig erscheint, so befestige ich noch in warmem Wasser erweichte Lederschienen an die Vorderseite des Gliedes. Das Umfallen der Schienen lässt sich durch ein untergeschobenes Kissen oder durch einen Holzblock verhüten. Mittelst Durchlöcherung des Schienenrandes kann die Maschine auch in einen Schwebeapparat umgewandelt werden, von dem deutsche Chirurgen jedoch gewöhnlich Abstand nehmen wegen unzulässiger Beweglichkeit an der Bruchstelle.

Ich glaube mit dieser doppeltgeneigten Schiene einem längst bestehenden Bedürfnisse zu begegnen, die selbst in der Armenpraxis ihres geringen Preises wegen Verwendung finden kann.

In Bezug auf Brüche der Wirbelsäule werde ich an geeigneter Stelle auch auf diesen Fall zurückkommen.

Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen durch Elektrolyse.

Von Dr. L. Wolff,
Demonstrator der Chemie am *Jefferson Medical College* zu Philadelphia.

Vorgetragen vor der *Deutschen Medizinischen Gesellschaft* von Philadelphia am 13. Januar 1887.

Der Galvanismus, obwohl von der grössten therapeutischen Bedeutung, erfreut sich bis heute eines noch ziemlich beschränkten Feldes in der allgemeinen Praxis der Medizin und ist noch hauptsächlich auf seinen Einfluss auf das Nervensystem und seine Muskelerregungsfähigkeit hierin angewiesen. Die Eigenschaft, durch Widerstand in der Fortleitung in Hitze umgewandelt zu werden, findet als Cauterium gleichfalls grosseAnwendung,während seine chemische Zersetzungskraft, durch die er zusammengesetzte Moleküle in ihre Bestandtheile zu zerlegen vermag, bis jetzt noch nicht die allgemeine Anwendung in der Medizin erreicht hat, zu der dieselbe bestimmt ist.

Elektrolytische Krafterscheinungen werden nur durch chemische Elemente erzeugt, die mannigfach zusammengestellt sein können. Sie giebt sich in dem Maasse an den Polen kund, wie sie sich zwischen den galvanischen Elementen entwickelt. Während sich durch Vergrösserung dieser Elemente und Widerstandskraft in der äusseren Leitung die innere Resistenz vermindert und Quantität erzeugt wird, so wird durch eine gleichviel grössere Anzahl von verhältnissmässig kleineren Elementen die innere Resistenz vermehrt und die Intensität des Stromes vergrössert. Mit Verminderung der inneren Resistenz sind wird wir deshalb im Stande, eine grössere Quantität zu erreichen, die durch Resistenz in der Leitung in Hitze überführt werden kann, während durch Vermehrung innerer Resistenz das Durchdringlichkeitsvermögen im Körper vergrössert wird, und somit die chemische Zer-

setzungskraft allein oder in vorherrschender Menge in Erscheinung tritt. Wo deshalb dieses als Endziel gelten muss, soll die innere Resistenz derjenigen des Körpers so viel wie möglich gleich oder nahe gebracht werden. Zu diesem Zwecke sind Batterien von vielen kleinen Elementen am passendsten. Obwohl dies nicht absolut nothwendig ist und mit passenden Vorrichtungen, wie Rheostaten und Voltameter, beliebige Elemente behufs der Elektrolyse angewandt werden können, so sind diese doch nicht allgemein im Gebrauch und dem Arzte nicht immer zugänglich, während viele der einfacheren Batterien im Handel in Folge der grossen Oberfläche ihrer Elemente Hitzeerscheinungen und mit denselben kauterische Wirkungen zur Folge haben. Ich beschränke mich daher darauf, von den obengenannten Instrumenten allein zu sprechen, und zeige eine kleine Batterie von Hirschmann in Berlin hiermit vor, die ich in allen später zu besprechenden Fällen angewandt habe. Die Elemente derselben bestehen aus Kohle und Zink und haben als nasses Medium Schwefelsäure mit doppeltchromsaurem Kali. Wenn die verbindenden Drähte eines solchen Elements durch angesäuertes Wasser geleitet werden, so sehen wir eine Zersetzung des Wassers entstehen, in der Art, dass sich der positive Wasserstoff (Kation) an der negativen Elektrode, die mit dem Zink verbunden ist, der Kathode anlagert, während der elektronegative Sauerstoff (Anion) nach dem elektropositiven Ende, der Anode, flieht. Salzsäure wird in dieser Weise in Chlor und Wasserstoff zerlegt, und Ammoniak in Stickstoff und Wasserstoff etc. etc.

In ihrer Anwendung auf den lebenden Organismus wird auch hier dieselbe chemische Zersetzungswirkung beobachtet, zu welcher sich noch ausserdem ein neuer Faktor, die sogenannte kataphorische, hinzugesellt. Diese letztere erklärt sich aus der Richtung des Stromes, welche innerhalb der Elemente von Zink nach Kohle, d. h. vom elektronegativen nach dem elektropositiven Körper gerichtet ist, und bei der Insertion eines porösen Mediums dort durch eine Ansammlung des Fluidums sich kund giebt. Im äusseren Strom, d. h. zwischen Anode und Kathode, ist die Richtung des Stromes eine entgegengesetzte, und ist die Anhäufung des Fluidums dort am elektronegativen Pole, d. h. an der Kathode.

Es ergiebt sich daher, dass bei der Elektrolyse des Organismus sowohl eine Anhäufung der Fluida in der Kathode stattfindet, als auch der Zersetzungsprodukte elektropositiven Charakters. Diese sind nun hauptsächlich bei der Gegenwart der normalen Salze des Körpers die basischen Bestandtheile derselben, während die sauren gegen die Anode wandeln.

Ohne diese kataphorische Wirkung würde die chemische Wirkung der Elektrolyse von nur geringem Werth sein, weil nur durch die erstere, mit der letzteren vereint, sich eine Zerstörung des Volumens der, Neubildungen eigenthümlichen jungen Zellen kund giebt, nicht allein durch exosmotische Verödung dieser Zellen, sondern auch durch Auflösung der Zellenwandungen, durch die sich darin anhäufenden kaustischen Alkalien.

Die therapeutische Anwendung dieser galvanischen Krafterscheinung ist so mannigfach und vielversprechend, dass sie *in toto* in keiner kürzeren Arbeit dieser Art wiedergegeben werden kann, und will ich mich auch deshalb auf die spezielle Behandlung von Harnröhrenstrikturen durch dieselbe hier beschränken.

Das Hauptverdienst der Einführung dieses Verfahrens gebührt wohl

vor allen Anderen dem Dr. Newman (New York), der lange gegen die Ignoranz stritt, die mit Beziehung von allerlei Strömen und den wahnwitzigsten Verfahren die Resultate desselben anfeindete und zu verneinen suchte. Es berichtete derselbe früher schon über hundert Fälle, die von so allgemein gutem Erfolge begleitet waren, dass dasselbe von vornherein als kaum glaublich betrachtet wurde. Dr. Belfield berichtete jedoch weitere neun Fälle mit gleichgutem Erfolg, und die Doktoren Stephenson und Bruce Clark bestätigten vor einer Versammlung der *Royal Medical and Surgical Society* die von Amerika kommenden Berichte über dieselben, so zwar, dass in dem *St. Peter's Hospital for Urinary Diseases* in London ein spezielles Departement für diese Behandlungsweise errichtet wurde.

Wenn wir nun den klinischen Verlauf von Harnröhrenstrikturen überblicken, so wird uns nicht entgehen, dass nach langem Bestehen derselben oft plötzlich durch Reizzustände völlige Retention entsteht, zu welcher der Arzt, meistens eilig, berufen wird. Ein Befund von langewährendem Harndrang mit häufigem Harnen und inkompleter Entleerung der Blase, ammoniakalische Zersetzung des Harnstoffs mit Bildung von Tripelphosphaten und dem begleitenden Harnblasenkatarrh wird konstatirt, die durch Trinken von gährenden Getränken, Geschlechtsreiz, kalte Füsse u. s. w. schliesslich in einer Congestion der uropoetischen Wege culminirt, als deren Endresultat obenerwähnte völlige Urin-Retention zu bezeichnen ist. Die Einführung eines Instruments zum Zwecke der Blasenentleerung bestätigt wohl das Vorhandensein einer oder mehrerer penilen Strikturen, die überkommen werden können, während weitere im membranösen Theil der Harnröhre wegen der Elastizität derselben dem Instrumente nicht leicht nachgeben. Ein längerer Gegendruck mit dem letzteren mag vielleicht die Entleerung kleinerer Massen Harnes unter grossen Schmerzen und in kurzen Zwischenräumen zur Folge haben, jedoch die Striktur selbst bleibt geschlossen; nur selten und in weniger schweren Fällen mag es dem Operateur gelingen, allmälig kleinere Instrumente oft auf falschen Wegen und unter Blutverlust in die Blase einzuführen, nachdem zuerst warme Bäder, Anästhetika und Narkotika den Krampfzustand oder die Kongestion einigermaassen gelindert haben. In Fällen, wo solches nicht gelingt, bleibt nur der Perinäalschnitt mit äusserer Urethrotomie oder Punktur der Blase mit oder ohne Aspiration vorzunehmen übrig. Die Statistik weist die Folgen dieses Vorgehens selbst in den Händen der geschicktesten Chirurgen durch eine Reihe von Todesfällen nach, während günstigenfalles wochenlanges, wenn nicht lebenslängliches Leiden dem Patienten bevorsteht.

Ich hatte während der letzten achtzehn Monate Gelegenheit, drei derartige Fälle zu behandeln, die ich hier kurz schildern will.

Fall I: *F. R., Alter* 28, *Verkäufer*, hatte vor einigen Jahren einen hartnäckigen Tripper, der grosse Irritation der Blase zurückliess, mit Harndrang, häufigen Entleerungen kleiner Mengen alkalischen Urins mit reichlichem Schleimniederschlag, welcher Tripelphosphate enthielt, der oft in Klümpchen und unter grossen Schmerzen aus der Harnröhre sich herausdrängte. Harnlassen war stündlich nothwendig und bei Erkältungen machte dasselbe fünf- bis sechsmaliges Aufstehen des Nachts nöthig. Vorsichtige Lebensweise, speziell Enthaltung von Stimulantien, schienen das Leiden einigermaassen erträglich zu machen. Exploration der Harnröhre zeigte eine penile Striktur, einundeinhalb Zoll vor dem *Orificium urethrae*, welche durch Dilatation überkommen

wurde. Eine zweite enge Striktur wurde ferner in dem membranösen Theil der Harnröhre gefunden, die kein hartes Instrument, und nur ein ganz dünnes Gummibougie in die Blase gelangen liess. Allmähliche Dilatation durch dieselben blieb ohne Erfolg, dagegen vergrösserte Reizung und vermehrte Schmerzen beim Harnen. Nach langem und skeptischem Zögern führte ich das elektrische Bougie No. 3 (französische Skala) ein, vermehrte die Anzahl der Elemente langsam von zwei auf fünf, und ohne Druck oder Kraftanwendung drang dasselbe in ca. 10 Minuten durch die Striktur und in die Blase ein. Ich liess das Bougie ca. fünf Minuten mit der Striktur in Kontakt. Patient klagte über keine Schmerzen und verlor kein Blut. Ich erhielt den nächsten Morgen einen Brief vom Patienten, worin er sagte, dass er nur einmal während der Nacht hätte aufstehen müssen, und dass sein Harnstrahl voller sei als wie seit Jahren. Ich applizirte das elektrische Bougie noch zweimal, sobald ein No. 18 fr. Stahlbougie ohne alle Schwierigkeiten in die Blase eindrang, dilatirte mit solchen weiter bis zu No. 26 fr., worauf Patient als geheilt entlassen wurde, und seither keine weiteren Klagen über Harndrang etc. etc. führte.

Fall II. *J. C.*, 58 *Jahre alt, Arbeiter;* Patient schickte spät Abends nach mir, da er vollständige Retention hatte. Er berichtete, dass er seit Jahren mit Blasenbeschwerden behaftet sei, die sich in Harndrang, Tenesmus, häufigem Uriniren des Nachts u. s. w. kundgaben. Hatte des Tags vorher sich bei der Arbeit die Füsse erkältet und seit 24 Stunden absolut keinen Harn gelassen. Blase bis zum Nabel reichend. Ich versuchte, den Harn mit einem silbernen Katheter abzuziehen, stiess aber auf zwei im Penis selbst befindliche Strikturen, die ich nach mehrfachen Versuchen mit Stahlsonden überwand; weiter in dem membranösen Theil stiess ich auf eine impermeable Striktur, in die ich mit keinem Instrument eindringen konnte. Ich verordnete ein heisses Bad, gab subkutane Einspritzung von $\frac{1}{4}$ Gran Morphium mit 100 gr. Atropin. Klystir von Seifenwasser mit *Oleum Ricini.* Trotz alledem gelang es jedoch nicht, in die Blase einzudringen. Durch langen Druck gegen die Striktur mit dem Katheter wurde es dem Patienten endlich möglich, einige Unzen Harn in kurzen Zwischräumen und tropfenweise zu lassen, nachdem vorher eine filiforme Fischbeinsonde in die Striktur eindrang. Am nächsten Tag wurden zwei weitere Fischbeinsonden eingeführt, der Harnabfluss jedoch wenig dadurch gefördert. Unter diesen Umständen entschloss ich mich zur Blasenaspiration, jedoch mit vorhergeschicktem Versuch der Elektrolyse. Die Blutung, die durch die Fischbeinsonden herbeigeführt wurde, sistirte sogleich unter deren Anwendung, und nachdem ich die Zahl der Elemente rasch von 5 zu 10 vermehrte, was dem Patienten fast gar keine Schmerzen oder Unbehagen verursachte, drang ich wie spielend nach ungefähr 15 Minuten in die Blase ein. Kleine Stahlsonden folgten rasch, und nach 6 Sitzungen mit der elektrischen Sonde war ich im Stande, die Striktur bis auf 27 fr. zu erweitern. Patient hatte keine weiteren Harnbeschwerden und wurde geheilt entlassen. Seit dieser Zeit (11 Monate) stellte er sich öfters vor und hat bis *dato* keine Wiederkehr seines Leidens gehabt.

Fall III. *C. W. A.*, 32 *Jahre alt, Barbier.* Ich wurde vor einem Monate des Morgens zu dem Patienten gerufen. Er hatte vollständige Retention seit 36 Stunden; hatte warme Umschläge gemacht und verschiedene Mittel ohne allen Erfolg gebraucht. Patient hatte früher einen ähnlichen Anfall gehabt, der durch einige Aerzte auf dem Lande

behandelt worden war, die, obschon sie dem Patienten grosse Schmerzen verursachten, doch keine Entleerung der Blase vornehmen konnten. Patient ging nach Washington in ein Hospital, wo unter Aether die Passage forcirt wurde. War seitdem mehr oder weniger leidend; Allgemeinbefinden schlecht. Er hatte die Blase seit Jahren nicht vollkommen entleert. Nach vielen vergeblichen Versuchen mit dem Katheter erfolgte nach Bad und Morphium-Einspritzungen durch langen Druck gegen die Striktur ein Abfluss von wenig Urin tropfenweise und unter grossen Schmerzen. Keine Sonde irgendwelcher Art, nicht einmal die filiformen Fischbeine passirten die Striktur. Nach ca. zehn Minuten langer Applikation der elektrischen Sonde schlüpfte dieselbe leicht durch die Striktur in die Blase ein, nachdem die Sonde einige Minuten mit der Striktur in Kontakt verblieben, wünschte Patient zu harnen, und zu seinem grossen Staunen und Ergötzen entleerte er ca. zwei Pinten Urin ohne alle Schmerzen und in einem kontinuirlichen Strome, was er, wie er sagte, seit drei Jahren nicht thun konnte.

Nach drei Sitzungen mit der elektrischen Sonde, je eine in einer Woche, bin ich im Stande, 23 und 26 fr. Stahlsonde einzuführen, und Patient, der noch in Behandlung ist, kann ohne alle Beschwerden harnen, braucht des Nachts nicht aufzustehen und hat sich merklich in seinem Allgemeinbefinden gebessert.

Dass sich durch diese übereinstimmend glänzenden Resultate mein Skeptizismus in Optimismus verwandelt hat, ist wohl kaum zu verwundern. Dass Elektrolyse von der grössten Bedeutung in der künftigen Behandlung von Harnröhrenstrikturen sein wird, ist wohl nicht mehr zu verneinen. Dass sie eine Wirkung besitzt, Neugebilde zu zerstören durch Auflösung ihres Zelleninhalts, ist kaum zu bezweifeln. Es ist wohl kaum die kaustische Wirkung der befreiten Alkalien allein, denen dieser Effekt zuzuschreiben ist; denn die alkalischen *Caustica* waren lange schon in solchen Fällen angewandt und wurden verpönt, weil sie die Wiederkehr der Strikturen durch Narbenbildung förderten.

In den Fällen von Newman, Belfield und bei meinen Patienten hat sich nach erheblicher Zeit keine Wiederbildung der Striktur eingestellt. Die Art und Weise der Wirkung der Elektrolyse auf die Striktur scheint also keine oberflächliche zu sein; denn in keinem Falle, den ich gesehen habe, ist je Blutung eingetreten oder grosser Schmerz beim Harnen empfunden worden; es erscheint daher, dass die Elektrolyse auf die Zellen der die Striktur bildenden Gewebe einwirkt, sie zerstört und dadurch das Kaliber der Striktur erweitert.

Durch die chemische Zersetzung allein und ohne die kataphorische Wirkung der Elektrolyse, hätten wir eine einfache Kauterisation durch Alkalien, die nicht in der kurzen Zeit erfolgen könnte, die zum Durchdringen der Striktur mit der elektrischen Sonde erforderlich ist. Die Abwesenheit von nachfolgender Narbenbildung spricht ebenfalls dagegen, sowie das Fehlen von Blutung und Reiz in der betroffenen Stelle.

Es erscheint mir deshalb zweifelsohne, dass der günstige Erfolg der Elektrolyse auf Strikturen durch die kataphorische Wirkung derselben auf die jungen Zellen des Neoblasts hervorgebracht wird, die durch dieselbe zerstört und durch das Alkali der chemischen Aktion aufgelöst werden.

Die Methode der Anwendung ist einfach genug, um ihrer allge-

meinen Anwendung kein Hinderniss zu bereiten. Eine gute Batterie von kleinen Elementen ist genügend; 5 bis 10 Zellen werden in den meisten Fällen ausreichen. Eine werthvolle Zugabe zu dieser Batterie, wird ein Galvanometer sein, um die Resultate absolut zu machen; leider jedoch besass ich zur Zeit kein solches Instrument. Die Sonde selbst ist einfach ein isolirter Kupferdraht mit länglichem Knopf von circa 12—13 mm. Die Anode kann entweder ein Schwamm- oder Baumwollenreophor sein, das auf irgend einer Stelle der Schamgegend aufgesetzt wird. Patient selbst kann die Anode halten und wenn Brennen oder grosse Schmerzen auftreten, abnehmen. Die Sitzungen werden von mir ein- bis zweimal die Woche vorgenommen und dauern 15—20 Minuten. Gewöhnlich ist die Applikation eine ganz wenig schmerzende, und kann ausserdem ganz schmerzlos durch die vorherige Einführung von Cocainlösung gemacht werden. Blut fliesst bei der Anwendung nicht, wenn nicht unnöthige Gewalt angewandt wird; Schüttelfröste und Urethralfieber habe ich bei keinem meiner Fälle wahrgenommen.

Wenn ich schliesslich die Vortheile dieser Methode zusammenstelle, so finde ich:

1. Dass dieselbe wohl in den meisten, wenn nicht in allen Fällen erfolgreich ist, wo sie richtig angewandt wird.
2. Dass sie gefahrlos ist und wohl in den meisten Fällen die Urethrotomie ersetzen kann.
3. Dass, so weit die Resultate bis jetzt bekannt sind, die Erfolge dauernd sind und keine Wiederkehr der Strikturen zu befürchten ist. Endlich
4. Dass sie sich hauptsächlich für tiefe, in dem membranösen Theil der Urethra gelegenen Strikturen eignet, in welchen Erweiterung durch starre Instrumente nicht leicht auszuführen ist.

Noch weiter möchte ich hinzufügen, dass penile Strikturen nahe dem *Orificium urethrae* wohl kaum der Elektrolyse bedürfen, jedoch auch durch dieselbe behandelt werden können. Ferner, dass ich die Elektrolyse nicht als Substitut für die mechanische Strikturenerweiterung, sondern als eine fast unentbehrliche Beihülfe hiezu betrachte; und zuletzt, dass durch dieselbe viele Leiden gelindert und Leben auf leichte Weise erhalten werden können, wenn dieselbe in richtiger Weise und von geübter Hand ausgeführt wird.

333 South 12. St.

Es ist einleuchtend, dass derjenige Fabrikant, welcher seine ganze Aufmerksamkeit auf die Herstellung eines Präparates richtet, in dieser Spezialität Besseres leisten muss als Conkurrenten, welche ein vollständiges Lager aller pharmazeutischen Präparate halten. Diese Beschränkung, von der schon Goethe sagt, dass sich in ihr erst der Meister zeige, befähigt die Herren A. Fennel & Son in Cincinnati, O., ein Ergotin für subkutanen und internen Gebrauch herzustellen, welches nicht nur nicht schlechter, sondern bedeutend besser ist als andere Ergotinpräparate. Jedenfalls ist ein Versuch anzurathen.

Wir machen unsere Leser auf die in englischer Sprache abgefasste Anzeige von "Fellows' Hypophosphites," welche sie auf der zweiten Seite des Umschlages finden, aufmerksam. Das Präparat ist in der That ein vorzügliches.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK.

Erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke. - Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen.

Pasteur.

Pasteur's Wuthgiftimpfungen haben in letzter Zeit einen heftigen Angriff von Seiten des Prof. Peter am *Hôpital Necker* erfahren. Derselbe hat die Gültigkeit seiner Einwürfe leider dadurch sehr abgeschwächt, dass er dieselben zugleich gegen die ganze Mikrobenlehre richtete. „*Bactérie ici, bactérie là, bactérie partout!*" ruft er aus, und wir können bis zu einem gewissen Grade mit ihm sympathisiren im Hinblick auf die Uebertreibungen in dieser Richtung.

Mit Pasteur's Hypothesen hat das aber absolut nichts zu thun; der Mikrobe der „Tollwuth" ist ja noch gar nicht isolirt, wenn auch der grosse Franzose behauptet, denselben in Hühnerbouillon züchten und in Kaninchenrückenmark propagiren zu können. Es ist vielmehr sehr wahrscheinlich, dass es sich bei P.'s Impfungen um gewisse Ptomaine handelt, die mit der sogenannten „Hundswuth" so viel oder so wenig zu thun haben als die Stoffe, die Dr. Spitzka seinen Versuchsthieren einspritzte, welche er im letzten Juni vor der *Society of Medical Jurisprudence and State Medicine* demonstrirte.* Spitzka injizirte u. a. frisches Kalbsrückenmark, in Stücken und in Emulsion, Seife, faulen Pferdeharn und endlich Theile des Gehirns und Rückenmarks von einem an „Hydrophobie" gestorbenen Menschen † welche theils in Glycerin und Salz aufbewahrt, theils getrocknet worden waren.

Die Symptome, welche die mit diesen verschiedenen Substanzen behandelten Thiere aufzeigten, waren solche, wie sie nach Gehirnläsionen, welche entzündliche Zustände in den betroffenen, so wie in anderen Theilen des Centralnervensystems hervorrufen, stets vorzukommen pflegen. Je nachdem verschiedene Rindenbezirke befallen

*) How can we prevent False Hydrophobia, a paper read before the *Society for Medical Jurisprudence and State Medicine*, by Dr. E. C. Spitzka, on June 10, 1886.

†) S. N. Y. Med. Presse, I. Band, S. 259 u. fgde. Gehirn und Rückenmark wurden zwar anämisch, aber normal befunden. (S. Dr. Spitzka's Sektionsbericht.)

werden, sind die denselben zugehörigen verschiedenen Muskelgruppen gelähmt; dazu kommt noch, dass bei Hunden durch Encephalitis und Meningitis fast stets Paraplegie verursacht wird. Die Versuche von Schiff, Flourens, Hitzig, Fritsch und Goltz haben darüber längst den genannten Aufschluss gegeben.

Es bleibt abzuwarten, wie lange der Pasteur'schen Methode noch Anhänger entstehen werden; selbst die oft sehr forcirte Statistik kann die Thatsache nicht ändern, dass immer mehr Zweifler gerade unter Denjenigen entstehen, die sich mit der Sache eingehend beschäftigt haben.

Nach den Erfahrungen zu urtheilen, welche wir die letzten zwei Jahre in dieser Beziehung gemacht haben, gehört keine besondere Kühnheit dazu, den Pasteur'schen Wuthimpfungen eine nicht allzulange Existenz zu prophezeien.

Der von den tonangebenden medizinischen Journalen Deutschlands todtgesagte und mit einem Nekrolog bedachte Prof. G. Bandl, von dem auch die N. Y. Medizinische Presse einen von Dr. Joseph Kucher geschriebenen Nachruf brachte, ist nach verschiedenen, in den deutschländischen Fachblättern befindlichen Notizen und Mittheilungen nicht gestorben, sondern hat beim Dekanate der medizinischen Fakultät der deutschen Universität zu Prag seine Resignation der Professur für Geburtshülfe und Gynäkologie eingereicht. Andauernde Kränklichkeit ist darin als Ursache angegeben.

Ueber die Entstehung des Gerüchtes, dass er aus dem Leben geschieden sei, ist jedoch nichts zu finden. Hoffen wir, dass uns die Nachricht von seiner Genesung auch recht bald erfreue.

Die Wiener Medizinische Presse bringt in ihren Nummern 4 und 5 unseren Bericht über die Verhandlungen der *Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend* vom 4. Oktober 1886, was wir mit Genugthuung konstatiren.

Dass die Infusion in das Gefässsystem nach Landerer und Ludwig eine Operation ist, in deren Ausführung jeder praktische Arzt geübt sein sollte, ist Lewin's Ansicht; derselbe begründet seine Behauptung mit Hinweise auf die Möglichkeit bei Fällen von Vergiftungen durch schädliche Gase (Kohlenoxyd, Leuchtgas, Nitrobenzol etc.), das Leben vermittelst derselben zu retten.

Ein Theil defibrinirten Blutes auf vier Theile einer 3-prozentigen Rohrzuckerlösung hat sich an Menschen und Thieren nach Landerer's Erfahrung ausgezeichnet bewährt. Thiere, welche nur noch ein Siebentel ihrer normalen Blutmenge behielten, konnten nach Infusion derselben nicht nur am Leben erhalten werden, sondern erholten sich auch sehr rasch. Bei einem Menschen wurden davon vierhundert Cubikcentimeter injizirt und derselbe gerettet.

Es wäre zu wünschen, dass in jedem chirurgischen Operationskursus Gelegenheit geboten würde, diese in der Technik ziemlich einfache Operation zu üben; so manches Menschenleben dürfte gerettet werden können, wenn jeder Arzt angehalten wäre, im Examen seine Befähigung in dieser Hinsicht aufzuweisen.

Für die lokale Behandlung gewisser Uterusleiden, welche von bedeutenden Autoritäten (Thomas und Emmet) fast vollständig verlassen worden ist, tritt Dr. Paul F. Munde* in energischer Weise ein.

Bei folgenden Zuständen wendet Munde eine eingreifende lokale Therapie auf die Schleimhaut des Uteruskörpers (nicht des Cervix) an:

1. Chronische Endometritis in Nulliparae.
2. Villöse Endometritis nach vorhergehender Curettirung.
3. Chronische Subinvolution und Hyperplasie des Uterus.
4. Metrorrhagie in Folge von Subinvolution oder Schwäche der Uterusmuskulatur selbst.

Die Applikationen werden entweder in Form von Uterus-Bougies (und zwar Jodoform oder Alaun in Gelatinmasse) oder durch Einführen von mit Jodtinktur-, Chlorzink-, Höllenstein- oder anderen Lösungen getränkten Wattebäuschchen auf dem Applikator vorgenommen. Auch lässt M. die Lösung auf einen an der Spitze einer Braun'schen Uterusspritze angebrachten und in die Uterushöhle eingebrachten Wattebausch träufeln, der 24 Stunden *in loco* verbleibt.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend.

Sitzung vom 6. Dezember 1886.

Vorsitzender: Präsident Dr. C. Heitzmann.
Sekretär: Dr. Willy Meyer.

Es werden zuerst die jährlichen Beamtenberichte vorgelegt; derjenige des Schatzmeisters weist eine Mitgliederzahl von 178 und einen Vermögensbestand von $458.69 auf.

Derjenige des protokollirenden Sekretärs berichtet über 10 reguläre und 5 Verwaltungsraths-Sitzungen.

In den 10 wissenschaftlichen Sitzungen wurden 22 Vorträge gehalten, die sich auf verschiedene Spezialfächer folgendermassen vertheilen:

Innere Medizin	5
Chirurgie	3
Dermatologie	3

*) A Plea for Inter-Uterine Medication; *N. Y. Medical Journal*, February 5, 1887.

Pharmakologie	je 2
Pharyngo-Laryngologie	
Pathologische Anatomie	
Geburtshilfe	
Gynäkologie	je 1
Ophthalmologie	
Elektro-Therapie	

Nach Entgegennahme der Berichte wird zur Beamtenwahl für das neue Jahr geschritten, welche folgendes Resultat ergiebt:

Präsident: Dr. L. Weber.
Vice-Präsident: Dr. B. Scharlau.
Corr. Sekr.: Dr. H. Garrigues.
Prot. Sekr.: Dr. Willy Meyer.
Stellvertreter d. Prot. Sekr.: Dr. John Schmitt.
Schatzmeister: Dr. A. Krug.

Aufnahme-Committee:

Dr. C. Heitzmann.
Dr. P. H. Kretzschmar.
Dr. Geo. W. Rachel.
Dr. A. Seibert.
Dr. L. Waldstein.

Dr. Schapringer stellt einen Patienten mit persistirender *Arteria hyaloidea* vor. Es ist dies eine Gefässschlinge, welche aus der Papille nach Vorn, Innen u. Unten in den Glaskörper hineinragt. Er fordert zur Untersuchung des Falles mit dem Augenspiegel auf.

Dr. Heitzmann hat seiner Zeit in Wien drei solche Fälle gesehen; dieselben sind grosse Raritäten.

Hierauf hält Dr. A. Stub seinen Vortrag:

Demonstration eines Abdominaltumors.

(Derselbe wird in der N. Y. Med. Presse veröffentlich werden.)

Diskussion.

Dr. Garrigues wird durch den Vortrag an Studien erinnert, die er vor einigen Jahren mit grossem Eifer gepflogen. Seine vom Redner zitirte Arbeit umfasst 100 Fälle und nur in einem fand er die Körper mit amöboiden Bewegungen. Er bezweifelt, dass sie Vakuolen darstellen. Weit eher sind es Verdichtungen. Die Drysdale'schen Körper, welche S. für Kerne hält, werden heute als für die Diagnose unwichtig angesehen. Drysdale selbst hält dieselben bekanntlich für Zellen, giebt aber zu, dass sie keinen Kern haben. Die Thornton'schen Körper scheinen wirklich grosse diagnostische Bedeutung zu haben.

Dr. Heitzmann, der den Tumor mikroskopisch untersucht und die Diagnose auf adenoides Carcinom — ein Knoten war ein ausgeheilter Tuberkel — gestellt hat, sah die in Rede stehenden Körperchen wiederholt. Er fand sie zuerst in einer Punktions-Flüssigkeit (es handelte sich um Carcinom). Sie scheinen ihm diagnostische Bedeutung zu haben. Redner hat die Drysdale'schen Körperchen aus rothen Blutkörperchen entstehen sehen. Die ganze Frage erscheint ihm aber noch nicht spruchreif.

Dr. Stub erklärt in seinem Schlussworte, dass der Entdecker der Körperchen Dr. Skene ist; ordentlich beschrieben wurden sie aber zuerst von Thornton.

Es folgt Dr. Julius Hoffmann's Vortrag:

Geschichte eines Falles von Papilloma pigmentosum.

(Derselbe ist in No. 1, Bd. III, S. 25 der N. Y. Med. Presse abgedruckt.)

Diskussion.

Dr. Heitzmann: Der hier plötzlich in der Umgebung der Operationsstelle entstandene starke Haarwuchs ist gewiss auffallend. Es ist ja aber bekannt, dass an einer Stelle des Körpers die Haare schneller wachsen, wenn auf dieselben längere Zeit ein Reiz einwirkt.

Dr. Hoffmann glaubt hier nicht an Reiz, sondern an eine Disposition des gesammten Organismus; er möchte letztere durch die Darwin'sche Theorie als direkte oder unterbrochene Vererbung erklären.

Dr. A. Jacobi fragt den Redner wie er sich denn die Entstehung der Haare in diesem Falle denkt, ob durch *Generatio æquivoca* oder aus Haarwurzeln? Es war hier doch nur eine gewisse stärkere Entwickelung der kleinen Härchen, die schon da waren. Zu den alten konnten keine neuen wachsen. Er glaubt auch, dass durch den Reiz des ewigen Verbindens die Haare einfach wuchsen und schliesslich verschwanden wie die Vernarbung zunahm.

Der dritte Vortrag des Abends ist der von Dr. Carl Beck:

Zur Behandlung des Empyems.

(Derselbe ist in vor. Nummer auf S. 49 abgedruckt.)

Diskussion.

Dr. F. Lange ist mit dem Redner im Allgemeinen einverstanden. Doch sei die Behandlung dieser Fälle nicht immer leicht und einfach.

Schon die Diagnose sei dann und wann schwierig, selbst für erfahrene Kliniker. Bei Kindern täuscht der physikalische Befund gelegentlich; Exsudate mögen ferner nur in geringer Ausdehnung mit der *Pleura costalis* verwachsen sein, die Hauptmasse der Flüssigkeit befindet sich an der Lungenbasis und zwischen beiden Depots Lungengewebe. Einige Male hat L. erst nach in verschiedenen Richtungen gemachten Probepunktionen Eiter gefunden.

Für unkomplizirte Fälle, wenn nicht zu spät operirt, — ist die Prognose gut - ziemlich sicherer Erfolg. Auf komplizirte Fälle hat die Behandlung des Empyems allein nicht den entscheidenden Einfluss, den Dr. Beck ihr einräumt.

Bei Tuberkulösen hat L. weder mit R. R. noch Thorax-Plastik ermuthigende Resultate gehabt. In diesen Fällen, wo es sich um grosse Ergüsse und Lungen, die nicht mehr viel Elastizität haben, handelt, kann man durch T. Pl. Operationen nicht die Raumbeschränkung erreichen, um Heilung zu ermöglichen.

Ein Patient, bei dem 5 R. resezirt waren und dann T. P. gemacht wurde, überstand die Eingriffe, ging aber nach Monaten unter wenig abnehmender Eiterung an allgemeiner Tuberkulose zu Grunde; ein zweiter mit T. P. an interkurrenter Hämoptöe; ein dritter mit T. P. hat seine Fistel behalten; ein vierter, bei dem eine Anzahl Rippen gleich von Anfang an resezirt wurden, ist allerdings geheilt.

Ferner möchte er noch erwähnen, dass dann und wann eine Nekrose von Lungengeweben dem Ergusse zu Grunde liegt, wie z. B. in folgenden Fällen:

I. Auf puerperaler Basis hatte sich durch embolische Prozesse Nekrose des unteren linken Lungenlappens entwickelt. Zur Zeit der Operation war P. schon hochgradig septisch. Bei Eröffnung des Thorax entleerte sich neben grossen Massen entsetzlich stinkender Jauche ein einen grossen Teller füllendes Lungenstück.

II. Bei einer alten Frau, die erst vor einigen Wochen operirt wurde, verspricht sich Dr. Lange guten Ausgang. Hier fanden sich in dem Empyem-Eiter mehrere Lungenstücke von der Grösse einer Wallnuss. Wahrscheinlich handelt es sich auch hier um embolische Prozesse.

Dr. L. berichtet zwei Fälle, in denen Empyem durch aspirirte Fremdkörper verursacht wurde. Beide genasen; in beiden musste durch gesundes Lungengewebe bis auf das Empyem geschnitten werden. Ferner einen Fall von persistenter Fistelbildung, den er im Deutschen Hospitale operirt; in dessen Thorax fand sich hinter den Rippen eine lange kindliche Rippe, die P. offenbar seit der ersten Erkrankung in seiner Kindheit mit sich herumgetragen. Die anderen Rippen hatten sich dann darüber genähert.

Ist das Empyem spontan nach den Bronchien perforirt, so operirt L. in sitzender Stellung und ist mit Ausspülungen äusserst vorsichtig.

Der oft hohe Stand des Zwerchfells bei allen Empyemen mahnt zur Vorsicht bei Punktion sowohl wie bei Resektion; in der Höhe des 3. oder 4. Interkostalraumes und in der Axillarlinie ist man sicher.

Zu Ausspülungen bei der Nachbehandlung gebraucht L. eine schwache Sublimatlösung und Nachspülen mit Borsalicyllösung. Er näht die gespaltene *Pleura costalis* an. Für ausgedehnte Empyeme macht L. hinten R. R. und vorn eine Gegenöffnung.

Dass die Resektion eines wenige cm. langen Rippenstückes auf die Verkleinerung der Höhle solchen Einfluss hat, wie Dr. Beck annimmt, bezweifelt L. Dazu bedürfe es der Entfernung mehrerer grosser Rippenstücke. Der Abfluss ist nur dadurch besser; die Ausdehnung der Lunge befördert den Schluss der Höhle mehr wie die Retraktion der Thoraxwand.

Dr. Willy Meyer berichtet über die guten Resultate der offenen Behandlung des Empyems auf der Bonner chirurgischen Klinik. Die antiseptische Irrigation (zweimal täglich) mit gründlicher Entleerung und Bedeckung von Wunde und Drain mit oft gewechselten (antiseptisch) feuchten Kompressen erzielten stets glatten, fieberlosen Verlauf.

Dass dies genügende Antisepsis ist, beweist ein Fall von Pleura-Echinokokkus, der einen 8jähr. Knaben betraf. Rippenresektion, Spaltung und Annähung des Sackes und Drainage brachten schnelle Heilung.

Dr. L. Weber erinnert an die auf dem letzten Kongress für innere Medizin von Fraenzel (Berlin) gegebene Statistik. Bei frühzeitiger Aspiration tritt nachweislich im Einklange mit dieser Statistik — baldigst Resorption und Heilung ein.

Dr. Beck betont in seinem Schlussworte nochmals, dass ihm frühzeitige Rippen-Resektion stets geboten erscheine; man soll nach seiner Ansicht bei allen Fällen von Empyem operiren.

Verein der Aerzte des Deutschen Dispensary von New York.

Sitzung vom 14. Januar 1887.

Vorsitzender: Dr. J. W. Gleitsmann,
Sekretär: Dr. A. Caillé.

Dr. E. Tiegel demonstrirt den Gebrauch des pneumatischen Cabinets der Herren Dr. Williams und Ketchum an verschiedenen Patienten als Einleitung zu seinem Vortrage:

Ueber den gegenwärtigen Stand der pneumatischen Differentiation.

(Derselbe ist in dieser Nummer auf Seite 95 abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. Caillé weist darauf hin, dass die von Waldenburg–Geigel in Würzburg und einigen französischen Experimentatoren empfohlenen Apparate zur Realisirung einer Pneumato-Therapie sich in der Praxis nicht bewährt hätten.

Als vor circa 3 Jahren Dr. Williams von Brooklyn die erste Mittheilung über das von Ketchum nach neuen Prinzipien konstruirte pneumatische Cabinet machte, erregte der Gegenstand grosses Interesse.

Unter denen, die sich in der Sache Verdienste erworben haben, muss in erster Linie Dr. E. Tiegel genannt werden, welcher vermöge seiner Erfahrungen auf physiologischen Gebieten dazu berufen sein dürfte, eine rationelle Indikation für die Anwendung des Cabinets festzustellen.

Die von Dr. Tiegel gemachten Angaben über die Nutzanwendung des Cabinets finden theilweise ihre Bestätigung in einer Mittheilung des Dr. Vincent Bowditsch von Boston im *N. Y. Med. Journal*, Oct. 2d and 9th 1886.

Dr. B. behandelte 25 Patienten mit dem Cabinet mit folgendem Resultate:

10 Fälle Lungentuberkulose: keine Besserung.
6 „ „ „ merkbare Erleichterung und Besserung.
1 Fall Empyem mit Adhäsionen der Lunge (50 Sitzungen): bedeutende Besserung.
1 Fall chron. interstitielle Pneumonie (ohne Tuberkel-Bacillen): bedeutende Besserung.
2 Fälle subakute Bronchitis (ein Kind): bedeutende Besserung nach 1. Sitzung.
1 Fall chron. Bronchitis (45 Sitzungen): kein Erfolg.
1 Fall chron. Bronch. mit Emphysem (50 Sitzungen): wenig Erfolg.
1 Fall Bronchitis mit Tuberkelbacillen (18 Sitz.): Heilung.
1 Fall pleurit. Adhäsionen (18 Sitzungen): grosse Erleichterung.
1 Fall schwere Bronchitis (18 Sitzungen): Heilung.

Dr. B. hat niemals im Cabinet eine Blutung beobachtet.

Dr. Lilienthal: Von der vorzüglichen Wirkung der pneumatischen Differentiation hat mich der erste Fall, den Herr Dr. Tiegel für mich behandelt hat, ganz und gar überzeugt, und alle anderen meiner Patienten, die er seitdem in seinem pneumatischen Cabinet behandelt

hat, bestätigten meine günstige Meinung über diese Behandlungsmethode. Dieser erste Fall war folgender: Frau Sch., die seit Jahren dyspeptische Beschwerden hatte, bekam eine linksseitige Pneumonie, die nach 9 Tagen ganz abgelaufen war. Etwa eine Woche nach meinem letzten Besuche trat unter Schüttelfrost eine Pneumonie an der rechten hinteren Seite auf; dieselbe trotzte jeder Behandlung. Patientin kam durch das lange Fieber, das häufige Erbrechen und die in Folge dessen mangelhafte Ernährung sehr herunter. Konsultationen mit zwei Kollegen (den Herren Dr. Schnetter und Dr. Lellmann) änderten nichts an der Sache; nach 8 Wochen war noch die ganze hintere rechte Lunge konsolidirt, nirgends liess sich eine beginnende Lösung nachweisen. Um diese Zeit, als ich schon den sicheren Ausgang in Miliar-Tuberkulose befürchtete, schickte ich die sehr schwache Patientin in das pneumatische Cabinet zu Herrn Dr. Tiegel. Nach 2 Monaten war nur noch ganz unten rechts bronchiales Athmen. Aber mehr noch als das Resultat in der Lunge selbst überraschte mich das vorzügliche, blühende Aussehen der Patientin und das Aufhören der dyspeptischen Beschwerden, die bisher aller diätischen und medikamentösen Behandlung getrotzt hatten.

Dr. Seibert berichtet, dass einer seiner Patienten, der an interstitieller Verdickung der linken Lungenspitze leidet, durch die Behandlung im Cabinet dahin gebessert wurde, dass die Dämpfungsgrenze der affizirten Lungenpartie entschieden weniger umfangreich und der Perkussionsschall heller wurde. Referent hält es entschieden für werthvoll, diese mechanische Lungentherapie nach allen Seiten hin zu prüfen.

Dr. Oberndorfer fragt, ob auch Fälle von *Asthma bronchiale* erfolgreich mit dem Cabinet behandelt worden seien

Dr. Tiegel giebt an, dass über solche Fälle Erfahrungen vorliegen, in denen Monate lang die Anfälle zum Aufhören gebracht wurden. Wenn der Kranke durch 1 3 Sitzungen auf das Athmen im Cabinet eingeübt ist, wird ihm, womöglich an einem sonnigen, trockenen Tag, zum ersten Male heisse Jodlösung zum Einathmen gegeben. Die Folge ist ein mehr oder minder heftiger Asthmaanfall. Aber nachher sind die spontan auftretenden Anfälle leichter und kürzer. Ebenso veranlassen die folgenden Einathmungen von Jod immer schwächer werdende Asthmaanfälle. Die spontanen Anfälle hören auf, wenn Toleranz gegen Jodeinathmungen erreicht ist.

Dr. Oberndorfer fragt ferner nach der Ursache, warum derselbe Spray, der frei eingeathmet Husten erregt, gut ertragen wird, wenn er im Cabinet eingeathmet wird.

Dr. Tiegel erklärt die Erscheinung so, dass beim Athmen im Cabinet die schweren und grösseren Tropfen des Spray gar nicht zum Munde kommen und dass von den feineren viele durch den scharfen inspiratorischen Luftstrom unter die Glottis gerissen werden. Von den Luftwegen unterhalb der Glottis kann man aber schwerer Husten auslösen als von denen oberhalb derselben.

Dr. G. Langmann: Mit dem pneumatischen Cabinet habe ich zwar keine Erfahrungen gesammelt, wohl aber habe ich mit dem Waldenburg'schen Apparat, dem Vorläufer dieses Cabinets, verschiedene Jahre gearbeitet, und wenn derselbe nun auch seit Jahren unbenutzt bei mir steht, so kann ich doch nur mein Bedauern ausdrücken, dass die pneumatische Therapie nicht mehr Allgemeingut der praktischen Aerzte geworden ist. Denn von mir wurde die Behandlung lediglich aus Bequemlichkeitsgründen aufgegeben, nicht etwa wegen anhaltender Misserfolge. Der

vorstehende Apparat wirkt entschieden viel mächtiger als der Waldenburg'sche, und es ist daher auch nur richtig, wenn der Arzt, wie vom Vortragenden demonstrirt, fast jeden Athemzug kontrollirt. Die Druckdifferenzen von 25 mm. oder 1 Zoll, mit denen Dr. Tiegel gewöhnlich operirt, ja die er zuweilen gar verdoppelt, sind ganz bedeutende ; sie betragen $\frac{1}{30}$ Atmosphärendruck, während Waldenburg gewöhnlich nur $\frac{1}{60}$, höchstens $\frac{1}{40}$ anwandte. In manchen Fällen möchten diese hohen Differenzen zu modifiziren sein. Eine ganze Zahl von chronischen Lungenkranken, die Medikamenten nicht zugänglich sind, oder denen etwa auch klimatische Behandlung nicht zugänglich ist, bilden dankbare Objekte für die mechanische, resp pneumatische Behandlung, vor allen Emphysem und chronischer Bronchialkatarrh. Die Diskussion hat sich fast nur mit Fällen von Lungenphthise befasst, und auch der Vortragende hat derselben einen verhältnissmässig grossen Raum gewidmet, aber gerade betreffs dieser möchte ich warnen vor übertriebenen Erwartungen. Leider scheint diese häufigste aller Lungenerkrankungen auch ebenso häufig als Prüfstein irgend einer neuen Behandlungsmethode benutzt zu werden, um dann nach den meistens ungünstigen Resultaten die ganze Methode in Misskredit zu bringen. Mag die pneumatische Therapie auch für viele Fälle von Phthise ein wichtiges Hilfsmittel sein, so sind doch, wie der Vortragende selbst entwickelte, zu viele andere Verhältnisse zu berücksichtigen, deren Aenderung und Besserung oft nicht im Vermögen des Arztes liegen. Herr Dr. Tiegel hat nur einen einzigen Fall von Herzkrankheit angeführt, den er der pneumatischen Behandlung unterwarf, aber mir sind die eklatantesten Erfolge gerade bei Herzkranken in Erinnerung, und ich möchte sagen, dass Herzfehler mit die geeignetsten Objekte dieser Behandlungsmethode sind. Frische Herzfehler, bei denen noch keine kompensatorische Hypertrophie sich entwickelt hat, finden am schnellsten Erleichterung. Lebhaft erinnere ich mich eines jungen Mannes, der im Gelenkrheumatismus eine bedeutende Insufficienz der Mitralis und, wenn ich nicht irre, auch der Aortaklappen bekam, und der sich schwer in die Rolle eines vorsichtigen chronisch Kranken finden konnte. Seine Extravaganzen führten ihn wochen- und monatelang zu irgend einer Stunde in mein Haus, wo er sich den Apparat selbst stellte und nach Einathmung von einigen Cylindern komprimirter Luft erleichtert von dannen zog. Das möchte ich zum Schluss wiederholen, dass Emphysem und chronischer Bronchialkatarrh, sowie nicht kompensirte Herzfehler die besten Objekte für die pneumatische Behandlung abgeben.

In seinem Schlussworte dankt Dr. Tiegel für die seinen sehr ausführlichen Auseinandersetzungen geschenkte Aufmerksamkeit und fügt die Versicherung bei, dass an Verbesserungen des Cabinets und namentlich des so sehr wichtigen Sprays fortwährend eifrig gearbeitet wird.

Deutsche Medizinische Gesellschaft von Philadelphia.

Sitzung vom 13. Januar 1887.

Vorsitzender: Präsident Dr. F. H. Gross.

Sekretär: Dr. Geo. A. Muehleck.

Dr. L. Wolff erhielt zuerst das Wort zu seinem Vortrage über:

Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen durch Elektrolyse.

(Derselbe ist in dieser Nummer auf Seite 121 abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. Seiler: Die Theorie der verkleinerten Zellen und der dadurch vergrösserten Resistenz ist eine veraltete. Durch die Anwendung passender Apparate, Rheostate u. s. w. kann die innere und die äussere Resistenz nach Belieben kontrollirt werden. Redner beschäftige sich augenblicklich mit der Anfertigung eines solchen Apparates, den er nächstens vor die Gesellschaft zu bringen beabsichtigt, und welcher dann beliebig für Kauterisation, Licht oder Elektrolyse adjustirt werden kann. Redner billigt die Vorschläge Dr. Wolff's über den Gebrauch der Elektrolyse, würde aber den Gebrauch eines Voltameters in Verbindung damit empfehlen. Er glaubt, dass in nicht zu ferner Zeit Elektrizität, bestimmt gemessen, allein angewandt wird ähnlich wie Droguen oder Heilmittel.

Dr. Dwight frägt, ob Dr. Wolff die Wirkung der Elektrizität für eine physische oder chemische halte.

Dr. Weed kann Dr. Seiler nicht ganz beistimmen; er hält kleine Elemente, wie in den Batterien von Hirschwald oder von Siemens & Halske verfertigt, allein zur Anwendung der Elektrolyse für rathsam, um kaustische Wirkungen zu vermeiden.

Dr. Miller frägt, ob man bei Elektrolyse nicht zwischen spastischen, organischen und traumatischen Strikturen unterscheiden müsse.

Dr. Wolff stimmt den Bemerkungen des Herrn Dr. Seiler bezüglich der Strommesser bei und glaubt, dass, wenn derartige Instrumente zu haben wären, sie die systematische Anwendung der Elektrolyse sehr erleichtern würden. Redner glaubt ebenfalls, dass die meisten in den Handel kommenden Batterien zu grosse Elemente besitzen und dass dadurch leicht sowohl Schmerzen als Kauterisation mit nachfolgenden Narbenstrikturen bewirkt werden könnten. Antwortlich Dr. Dwight's bemerkt Redner, dass Elektrolyse sowohl mechanisch als chemisch (kataphorisch) wirke. Dr. Miller's Bemerkungen gegenüber sagt Redner ferner, dass in Fällen von komplizirter Retention, wie in dem Vortrag geschildert, wohl immer eine organische Striktur in der *Pars membranacea* vorhanden ist und wobei der Verschluss wohl stets durch verschiedene Momente, wie z. B. spastische Kontraktionen, zu einem vollkommenen wird. Traumatische Strikturen hält Redner für organische.

Der Präsident dankt dem Redner für seinen Vortrag; derselbe spricht noch über die Anwendung der Elektrolyse im Allgemeinen in solchen Fällen.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

H. IMHOF,
APOTHEKER,
189 East Broadway, cor. Jefferson Street,
NEW YORK.

THOMAS LATHAM,
APOTHEKER,
3. Ave. & 75. Street, NEW YORK.
(vormals bei Eimer & Amend),
erbittet sich die Patronage der Profession. Aerzten die Zusicherung, dass ich Recepte *lege artis* und mit ausschliesslicher Benützung der besten Droguen bereite.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. III. New York, Maerz 1887. No. 4.

Die Lithaemie.

Von Dr. L. Weber.

Vorgetragen in der Sitzung der *Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 3. Januar 1887.

In seinen Vorträgen über die Krankheiten der Leber, 1877, bespricht der englische Kliniker Murchison auch die funktionellen Störungen des Organs und schildert dabei einen krankhaften Zustand, für welchen er den Namen „Lithaemia" vorschlägt. Diese Bezeichnung, gestützt durch klinische Thatsachen, ist seit 1877 mehr oder minder allgemein geworden und verdrängt so die unwissenschaftliche Phrase der harn- und oxalsauren Diathese, in Bezug auf welche so viel geredet und geschrieben und so wenig bewiesen worden ist. Leidet ein Patient an Appetitlosigkeit, Flatulenz und Unbehagen nach dem Essen, Pyrosis, trägem Stuhlgang, intermittirendem Puls, Gemüthsdepression mit oder ohne häufige Harnentleerung, schmerzhaften Empfindungen in der Nierengegend, so wird sein Urin der Quantität nach gering, von hohem spezifischen Gewicht, intensiv saurer Reaktion sein, und beim Erkalten werden Harnsäure-Krystalle präcipitirt werden. Das Mikroskop wird nicht nur letztere, sondern auch solche des oxalsauren Kalks zeigen ; ja in manchen Fällen überwiegt der oxalsaure Kalk bedeutend. Die Coexistenz dieser Form von Harnsedimenten und der angegebenen Symptome veranlassten die Engländer Prout und Golding-Bird zu der Annahme, dass diese komplizirten Störungen des gastrischen, nervösen und Zirkulations-Apparates auf einer gemeinsamen Ursache, einer konstitutionellen Störung beruhten — einer sog. Diathese, welche sie Oxalurie oder die harn- und oxalsaure Diathese nannten.

Der erste Autor, welcher sich in Bezug auf die Existenz einer solchen Diathese skeptisch verhielt, war Owen-Rees, der schon im Jahre 1845 sagte, dass die Gegenwart von oxalsaurem Kalk im Harnsediment mit excessiver Bildung von Harnsäure in Verbindung stehe und mit einem Zustand der Konstitution, in welchem zugleich bedeutende Quantitäten Harnstoff ausgeschieden werden. Im Jahr 1856 formulirte er seine Ansicht bestimmter dahin, dass Oxalurie mit einer Diathese durchaus nichts zu thun habe, sondern der oxalsaure Kalk erst im Urin gebildet würde, nachdem er von den Nieren ausgeschieden ist, und zwar aus der Harnsäure und dem harnsauren Natron. Ganz frischer Urin zeigt keine Spur von oxalsauren Kalk-Krystallen, und erst nach Zutritt der Luft werden dieselben im Sediment wahrgenommen. Meines Wissens stimmen alle Chemiker darin überein, dass Oxalsäure eines der weiteren Produkte der Oxydation der Harnsäure und des harnsauren Natrons ist. Ferner ist dies auch zu beweisen durch folgende Experimente : Harnsäure wird in Oxalsäure und Harnstoff umgewandelt durch Zusatz von Wasser und Sauerstoff ; ebenso durch Mischung mit einem Ferment und Alkali. Wird Harnsäure mit Salpetersäure oxydirt, so bilden sich sofort

grosse Massen Oxalsäure und Ammoniaksalze. Es ist auch längst beobachtet, dass der peruanische Guano, der fast ganz aus reinem harnsaurem Ammoniak besteht, auf dem Transport im Schiffsraum zum grossen Theil in oxalsaures Ammoniak umgewandelt wird.

Diese Thatsachen beweisen die Richtigkeit der Ansicht von Dr. Rees, und stimmen damit auch die deutschen Beobachter wie Benneke, Ebstein u. A. überein.

Es können also in dem Urin, sowohl von gesunden wie kranken Personen, gelegentlich oxalsaure Kalk-Krystalle gefunden werden, ohne dass dieselben irgendwie mit nervöser Depression, intermittirendem Puls oder bestehenden dyspeptischen Beschwerden im Zusammenhang stehen. Kommen sie hingegen in Massen vor, so sind sie eben eine Theilerscheinung der sog. harnsauren Diathese, der Lithiasis, eines Zustandes des Organismus, den wir mit Murchison „Lithaemie" nennen wollen. Es handelt sich hier um eine Störung, bei der die Oxydation der Stoffwechselprodukte unvollständig bleibt, resp. unlösliche Kombinationen der Harnsäure und des harnsauren Natrons an Stelle des leicht löslichen Harnstoffes gebildet werden.

Murchison's Theorie basirt eigentlich auf der bekannten Beobachtung Garrod's, welcher zuerst Harnsäure im Blut der Gichtkranken nachwies; weiter darauf, dass in dem Urin von Individuen, welche Symptome von Gicht darbieten, oder in Bezug auf dieselbe hereditär belastet sind, Harnsäure oder harnsaure Salze in grossen Mengen vorkommen. Uebrigens muss hier erwähnt werden, dass in den letzten Jahren Ebstein dieser Frage näher getreten ist und in seiner vortrefflichen Monographie über die Gicht wichtige Beobachtungen über die reizenden und entzündungserregenden Wirkungen der Harnsäure in den Geweben der Gichtiker beschrieben hat.

Murchison meint denn, dass solche lithaemische Personen in ähnlicher, wenn auch geringerer Weise Störungen im Stoffwechsel darbieten wie die wirklichen Gichtiker. Die unvollständige Verbrennung, welche im Stoffwechsel der meisten Menschen nur das gelegentliche Resultat einer besonderen Ursache ist, wird bei dieser Minderzahl zum täglichen Ereigniss, entweder dadurch, dass sie überhaupt mehr geniessen, als sie vollständig verdauen können, oder durch eine ihnen eigenthümliche, oft ererbte, manchmal acquirirte Funktionsstörung in den Verdauungsorganen, so dass auch die gewöhnliche Nahrung Beschwerden macht, unvollständig assimilirt wird und mehr Harnsäure und Urate als Harnstoff gebildet werden. Dieser Zustand der Lithaemie mit den begleitenden Erscheinungen der „Lithiasis" (Harngries) und dem Auftreten von oxalsauren Kalk-Krystallen im Harnsedimente zeigt alle die von Prout und Golding-Bird geschilderten Symptome, i. e. mehr oder weniger Harndrang, gelegentliches Gefühl der Hitze und des Brennens der Harnröhre entlang, verschiedene Symptome der Dyspepsie, arhythmischen Puls, Herzklopfen, Gemüthsdepression, schlechten Schlaf, ja auch Schlaflosigkeit, Gefühl der Müdigkeit und Schwäche.

Diesen Symptom-Komplex der Lithaemie findet man ziemlich häufig bei Leuten, die viel essen und wenig Bewegung haben, bei dyspeptischen und bei solchen, deren Beruf eine sitzende Lebensweise mit sich bringt, wo bei starker geistiger Arbeit frische Luft und körperliche Bewegung nur selten regelmässig genossen werden können. Gemüthserregungen, welche den Verdauungsprozess stören, Malaria, Bleivergiftung u. s. w. können ebenfalls eine ätiologische Bedeutung gewinnen.

Die nervösen Symptome bei Lithaemie sind ebenfalls von Murchison beschrieben worden, doch haben in neuerer Zeit amerikanische Autoren wie Da Costa, McBride, Lyman, Hudson, Potter, C. L. Dana, L. C. Gray u. A. sich eingehender mit denselben beschäftigt. Diese Autoren haben gezeigt, dass manche Fälle von Neurasthenie und anderen funktionellen Störungen des Nervensystems auf Lithaemie beruhen können, und dass es deshalb für die Diagnose solcher Fälle von Wichtigkeit ist, den Urin der Neurastheniker auf ein Uebermaass von Harnsäure, Phosphaten und Uraten zu untersuchen.

Dr. Dana hat auch in seinem Vortrag über Lithaemie etc. (veröffentlicht im *N. Y. Med. Record*, Jan. 16, 1886) seine Methode der Harnuntersuchung in solchen Fällen genau angegeben. Die wesentlichen nervösen Symptome sind: Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, Neuralgien, Parästhesien, nervöse Erregung, *Tinnitus aurium*, Muskelkrämpfe und -Zuckungen, spinale Irritation, vasomotorische Störungen und gelegentlich leichtes Fieber. Meiner Erfahrung nach ist es nicht selten schwierig, zwischen Ursache und Wirkung zu unterscheiden; damit will ich sagen, dass eine Erschöpfungsneurose in Folge von Exzessen, Ueberanstrengungen, oder nach schweren Erkrankungen durch Verminderung der Innervation den lithaemischen Zustand hervorbringen kann, ebenso gut als die Lithaemie das Primäre und die funktionellen Störungen des Nervensystems das Sekundäre sein können. Lithaemie in Verbindung mit Neurasthenie kommt hier zu Lande häufig und bei beiden Geschlechtern vor.

Wiederholte Urinuntersuchungen und genaue Feststellung der ätiologischen Umstände eines gegebenen Falles sind nothwendig, um denselben richtig zu verstehen und erfolgreich zu behandeln. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig, soweit Besserung und vorübergehende Heilung in Betracht kommt, dauernd kann jedoch dieselbe nur werden, wenn es gelingt, die Ursachen zu entfernen, welche der Lithaemie zu Grunde liegen, was eben leider häufig nicht möglich ist. Für die Behandlung dieser Zustände lässt sich natürlich keine Schablone aufstellen; wir haben es mit kranken Individuen zu thun, in welchen die Störungen in der Assimilation durch verschiedene Momente bedingt sein können, und in welchen also das Regime und die Therapie so und anders sein müssen, je nachdem die Lithaemie durch habituelles Schlemmen bei sonst gesunden Personen, oder durch gichtische Diathese oder Exzesse, oder geistige und körperliche Ueberanstrengung mit konsekutiver Verminderung der Innervation der Organe hervorgebracht worden ist.

Wir müssen also hier, wie sonst, auch individualisiren und uns weniger um eine systematische Behandlung der Lithaemie als des lithaemischen Patienten kümmern. Handelt es sich um plethorisch und gichtisch veranlagte Individuen mit sonst kräftiger Konstitution und träger Verdauung, so ist es gewiss richtig, sie ein Glas Bitterwasser nüchtern nehmen zu lassen; dabei einfache Diät, bestehend aus leichter, gemischter Nahrung, etwas Pepsin und Salzsäure nach Tisch. Viel Aufenthalt und Bewegung im Freien und ein gelegentliches Schwitzbad. Bei solcher Behandlung wird das rothe Pfeffer-Sediment im Urin sich bald verringern, eventuell verschwinden, ebenso Kopf- und Rückenschmerz, Herzpalpitation und sonstige Störungen des Gemeingefühls. Solche Patienten schickt man auch mit Vortheil nach Carlsbad oder Vichy, wo sie den alkalischen Brunnen trinken, strikte Diät beobachten, sich der Stimulantien enthalten, sich fleissig im Freien bewegen‘ frei

von Sorge und Plage und bei ihrer Rückkehr voll des Lobes und Preises sind der vortrefflichen Wirkung dieser Wunderbrunnen.

Diese Formen der Lithaemie sind es, von denen die europäischen, vorzüglich die englischen Schriftsteller hauptsächlich handeln. Zweifelsohne sind in der modernen Gesellschaft auf dieser Seite des Atlantischen Ozeans viele Faktoren vorhanden, um auch hier diese plethorisch-gichtische Form der Lithaemie zu entwickeln, und wir sehen und behandeln sie auch ; doch glaube ich mich nicht zu irren, wenn ich behaupte, dass die asthenische oder neurasthenische Form hier zu Lande häufiger ist. Ob nun die neuropathischen Symptome als Theilerscheinung der Lithaemie besonders bei schwächlichen Personen hervortreten, resp. cerebro-spinale Symptome der reizbaren Schwäche erzeugt, oder aber neurasthenische Individuen leicht lithaemisch werden, wie es den Anschein hat, keines Falles dürfen die Prinzipien der Behandlung solcher Patienten zusammenfallen mit denen der ersten Klasse, wenn nicht mehr geschadet als genützt werden soll. Die abführenden Bitterwässer, reguläre Kuren in Carlsbad, anstrengendes Gehen, Reiten, strapazirendes Reisen werden den Zustand solcher Patienten verschlimmern, vorzugsweise soweit die nervösen und Verdauungsstörungen in Betracht kommen. Solche Leute brauchen gute, kräftige Nahrung, die viel Eiweiss und wenig Kohlehydrate enthält, mehr passive als aktive Bewegung, weil letztere nur die reizbare Schwäche vermehren würde, an der sie schon laboriren. Die Symptome der sauren Dyspepsie lassen sich in solchen Fällen am besten corrigiren durch mässige Gaben von *Nux vomica*, *Bismuth* und *Natron bicarbon.* vor den Mahlzeiten und *Acidum Hydrochloricum* mit etwas *Pepsin* nach denselben. In Fällen von ausgesprochener Anaemie ist natürlich Eisen am Platz und zwar empfiehlt sich da das *Vinum Ferri amarum* (*U. S. Ph.*), wenn es vertragen wird, oder *Pilul. Ferri pepton.* oder *Solutio Ferri albuminat.*, welch' letzterem Präparat ich den Vorzug geben möchte. Weder türkische noch russische Bäder sind hier zu empfehlen ; sie ermüden den Patienten zu viel und haben meist Kopfschmerz und Ohrensausen im Gefolge ; dagegen wirken laue Halbbäder mit kühlen Uebergiessungen oder kalte Abreibungen des Morgens recht erfrischend. Manche Autoren haben auch hier von der Galvanisation des Gehirns und Rückenmarks oder der allgemeinen Faradisation nach Beard und Rockwell ermunternde Erfolge in Bezug auf die neurasthenischen Symptome gesehen. Bei trägem Stuhlgang muss man solche Abführmittel wählen, welche den Magen und Dünndarm nicht belästigen ; die Bauchmassage lässt sich auch hier mit Vortheil verwenden. Lithaemische Individuen befinden sich im Allgemeinen ohne Stimulantien besser ; Bier ist geradezu schädlich ; am besten wird noch guter Rothwein und etwas Cognac oder Whiskey, mit Selters oder Apollinaris vermischt, vertragen. Von mässigen Quantitäten guten Cacaos und guten Thees könnte ich mich nicht erinnern, nachtheilige Wirkung gesehen zu haben ; Kaffee wird weniger gut vertragen. Wie schon bemerkt, befinden sich unsere Lithaemiker hier im Ganzen besser bei einer eiweissreichen Diät, und stimmt meine Erfahrung nach der Richtung mit der vieler amerikanischer Kollegen überein, dass solche Patienten zucker- und stärkehaltige Nahrung möglichst vermeiden sollten.

Diagnose, Operation, Resultat und kritischer Rückblick.

Von Louis Bauer, M. D., M. R. C. S., England, Professor der Chirurgie am *St. Louis College of Physicians and Surgeons*, etc.

In einer langen, ereignissreichen ärztlichen Laufbahn habe ich wohl manchen Begehungs- und Unterlassungsfehler begangen, von dem ich zur Zeit keine Ahnung hatte. Eine Reihe derselben habe ich freilich erkannt und von ihnen mehr als von meinen Erfolgen gelernt. Die meisten derselben habe ich in meinen „Memorabilien" veröffentlicht und damit eine unabweisliche Pflicht meinen Standesgenossen gegenüber erfüllt. Dasselbe Pflichtgefühl veranlasst auch die Veröffentlichung des gegenwärtigen Beitrages. Eigentlich liegt nichts Neues darin; er liesse sich ganz bequem mit der Phrase abfertigen, dass es „nichts Neues unter der Sonne" gäbe. Dennoch glaube ich, dass einige Punkte in dem fraglichen Gegenstande schärfer und klarer hervorgehoben sein und einigen meiner Kollegen als lesenswerth erscheinen dürften.

Vor einiger Zeit ging mir von einem geachteten Berufsgenossen die Einladung zu, einen „Uteruspolypen" zu entfernen, den die Kranke erst kurz zuvor ganz gelegentlich entdeckt habe. Sie hatte davon keine Beschwerden erlitten, weder Hämorrhagie noch irgend welche schleimigeiterige Absonderungen beobachtet; ebenso wenig hatte sie Schmerzen empfunden. Sie erfreute sich überhaupt einer ungestörten Gesundheit. Die Frau war 32 Jahre alt, hatte nur einmal, und zwar vor zwölf Jahren geboren und nicht wieder empfangen; hat regelmässig, obschon spärlich, menstruirt und ihren häuslichen und ehelichen Pflichten obgelegen. Seit ihrer Entbindung war sie allmählich fett geworden, sodass sie bei einer Grösse von fünf Fuss drei Zoll etwa 200 Pfund wiegen mochte. Derselbe Arzt hatte sie entbunden und nichts Ungewöhnliches in dem Hergange beobachtet. Das Kind lebt noch. Bei der vorläufigen Untersuchung hatte mein Freund die Existenz des „Polypen" constatirt und seinen Zusammenhang mit dem hinteren Labium des Gebärmutterhalses festgestellt.

Bei der gemeinschaftlichen Untersuchung in der Seitenlage fanden wir einen birn- und gleichförmigen „Polypen" von etwa 3 Zoll Länge und $1\frac{3}{4}$ Zoll Breite, der aus der Gebärmutter heraushing und von beiden Labien umfasst war. Die Schleimhautdecke von gewöhnlicher Farbe, nicht besonders blutreich, nicht exkoriirt und glatt. Die durch den beengten Raum der Vagina ausführbaren Bewegungen waren schmerzlos. Die Sonde drang neben dem Stiel in die Gebärmutterhöhle, wie uns schien, tief genug ein, so dass wir eine bimanuelle Untersuchung für unnöthig erachteten. Der „Tumor" war von ziemlich fester Consistenz, ohne Lappenbildung und auf Druck unempfindlich. Ich schloss mich daher der Diagnose meines Kollegen an und übernahm auf seinen Wunsch die Operation, die mittelst eines Drahtecraseurs leicht und erfolgreich ausgeführt wurde; selbstverständlich unter den nöthigen antiseptischen Vorsichtsmaassregeln. Die Blutung war sehr gering. Die Genesung unserer Kranken erfolgte in der möglich kürzesten Zeit ohne irgend welchen Zwischenfall.

Auch seit jener Zeit ist die Gesundheit der Kranken relativ gut geblieben, nur hat sich die Menstruation nicht wiederholt.

So sicher waren wir in unserer Diagnose, dass wir erst am Tage nach der Operation den fraglichen Tumor genauer untersuchten und dann zu unserem Schrecken fanden, dass wir den invertirten Uteruskörper abgeschnürt hatten.

Obschon mir ähnliche Beispiele von Irrthümern in der Diagnose bekannt sind, in welchen der Operateur jegliche Verantwortlichkeit ablehnte und sie ausschliesslich dem Familienarzte aufbürdete, so halte ich es doch unter meiner Würde, mich mit dergleichen Präcedenzfällen zu entschuldigen. Ich halte dafür, dass der Operateur zuerst für eine sichere Diagnose und unzweifelhafte Indikationen zu sorgen hat, bevor er operativ eingreift. Und mit einer solchen Pflicht-Auffassung habe ich die Verantwortlichkeit des diagnostischen Irrthums und die sich darauf stützende operative Handlung zu übernehmen. Die Zeiten sind längst vorüber, in welchen der Chirurg nur die untergeordnete Hand des Arztes war. Allerdings hat der glückliche Ausgang in dem vorliegenden Falle einen mildernden Einfluss ausgeübt; der Ernst des Irrthums und die Verantwortlichkeit sind dadurch jedoch nicht abgeschwächt.

Was die Diagnose anbetrifft, so liegt es ausser allem Zweifel, dass die bimanuelle Untersuchung oder eventuell die instrumentelle durch Blase und Mastdarm die Natur des scheinbaren Polypen hätte klar feststellen können. Wäre solches geschehen, so hätte die Reposition der invertirten Gebärmutter versucht und im Falle des Misslingens die Operation unterlassen werden müssen, denn die Kranke war vollständig frei von allen jenen Beschwerden, welche gewöhnlich die Inversion der Gebärmutter begleiten. Und die letzteren können allein als legitime Indikation der Uterusamputation gelten.

Die Frage, wie lange die Inversion bestanden habe, lässt sich freilich nicht mit absoluter Bestimmtheit, doch mit einiger Wahrscheinlichkeit dahin beantworten, dass sie sich bei der Entbindung vor zwölf Jahren ereignet habe. Für diese Ansicht spricht der Umstand, dass die Gebärmutter frei von allen Tumoren befunden wurde, die ausnahmsweise die spontane Inversion einleiten, und der Umstand, dass die Kranke sich in der ganzen Zwischenzeit nicht in der Lage befunden habe, welche die zufällige Inversion begünstigt. Der Einwand, dass der „Polyp" erst in jüngster Zeit entdeckt worden sei, beweist in der That nichts gegen die obige Annahme, weil eben die Entdeckung zufällig geschah, während doch der Tumor seine volle Grösse erreicht und deshalb schon längere Zeit bestanden haben müsse. War es aber möglich, einen Tumor mindestens Monate lang zu übersehen, so konnte es auch Jahre lang geschehen. Angenommen also, dass die Ursache der Inversion mit der Entbindung zusammentraf, so kann daraus doch kein Vorwurf für den Entbindungsarzt hergeleitet werden, da nach Aussage desselben und der Patientin die Entbindung leicht von statten ging. Die Nachgeburt war nicht angewachsen und bedurfte daher keiner künstlichen Entfernung. Das Wochenbett verlief vollständig normal und kein Arzt wird ohne jegliche Veranlassung eine Exploration der Geburtstheile vornehmen.

Die lange Dauer der Inversion schliesst nach den Erfahrungen der Neuzeit die Rehabilitirung der Gebärmutter nicht aus. Nach der Methode von Tyler Smith sind schon Inversionen reduzirt worden, die 13 Jahre bestanden hatten, und wahrscheinlich würde sie auch in diesem Falle erfolgreich gewesen sein, da die Gebärmutter weder vergrössert, infiltrirt, verdickt, noch schmerzhaft war, mithin für Druck und Manipulationen sich ganz speziell eignete.

Die Differential-Diagnose und Therapie der Tinea Trichophytina.*

Von Dr. I. Oberndorfer.

Meine Herren! Das Thema meines heutigen Vortrags ist kein neues, und wird sich in meinen Bemerkungen darüber auch nicht viel Neues vorfinden. Der Zweck dieser Zeilen wird erreicht sein, wenn es mir gelungen ist, das praktisch Wichtige besonders aus der neueren Literatur erörtert zu haben, wobei ich mir erlauben werde, dasjenige hinzuzufügen, was ich aus eigener Erfahrung gewonnen habe.

Der Name *Tinea trichophytina* ist der von der *Am. Dermatological Association* sanktionirte, wiewohl die Krankheit Ihnen vielleicht besser unter dem Titel *Herpes tonsurans* bekannt sein dürfte. Die Ursache dieser Affection ist, wie Sie wissen, die Anwesenheit in der Oberhaut und den verwandten Gebilden einer von Gruby und Malmsten in den vierziger Jahren fast zu gleicher Zeit entdeckten und von Letzterem unter der Bezeichnung *Trichophyton tonsurans* ausführlich beschriebenen Pilzart. Ueber die Classifizirung dieses Fungus gingen und gehen noch trotz zahlreicher Untersuchungen die Ansichten verschiedener Forscher weit auseinander. So hielt ihn Löwe (1850) für eine Form des *Favus*, und zwar beide für Arten des *Aspergillus ;* Neumann für *Penecillium glaucum ;* Atkinson für *Mucor mucedo.* Nach der Ansicht der meisten Autoren der Jetztzeit bildet er eine Gattung für sich. Ich erwähne hier nur Thin (57), der unter den Auspicien der *Royal Grants Commission* die Entwickelungsgeschichte des *Trichophyton* längere Zeit studirte. Er fand, dass dieser Pilz in den meisten Culturflüssigkeiten nicht gedieh, so in Sanderson's Flüssigkeit (*Nitri phosphorici* 1.0, *Ammonii tartarici* 10.0, *Aq. destill.* 100.0), in Cohn'scher Flüssigkeit (*Magnesiae sulphuric., Kali nitric. aa* 1.0, *Calcar. phosphoric.* 0.2, *Aq. destill.* 50.0) mit oder ohne Zusatz von 1 Proz. *Ammonii tartaric.* in Milch, *Humor aqueus*, lauwarmem Wasser, Mohrrübeninfus, Salzlösung, Hühnerfleischinfus, mit oder ohne Kalizusatz. Er konnte aber gezüchtet werden, wenn er mit *Humor vitreus* nur eben angefeuchtet wurde.

Ferner zeigen genau ausgeführte Inoculationsversuche vom Menschen auf den Menschen, oder von ersterem auf Thiere, dass der eingeimpfte *Tinea trichophytina* immer nur das klinische Bild derselben Krankheit hervorruft, freilich mit leichten Abweichungen je nach der Species des inoculirten Thieres. Die scheinbar widersprechenden Beobachtungen Hebra's beruhen auf Fehlerquellen, indem in seinen Experimenten Verunreinigungen mit allerlei in der Luft seiner Krankensäle schwebenden Pilzarten nicht ausgeschlossen wurden. Der Umstand ferner, dass es leicht gelingt *Trichophyton* auf gewisse Thiere zu übertragen, während dieselben sich Einimpfungen von *Favus* gegenüber fast oder ganz immun verhalten, und *vice versa*, ist ein weiterer Beweis der Nichtidentität wenigstens dieser beiden Pilzarten. Vincens (62) machte einundzwanzig Inoculationsversuche mit trichophytischem Material mit folgendem Resultate:

An acht Ratten — alle schlugen fehl; an vier Katzen — zwei mit positivem, einer mit zweifelhaftem und einer mit negativem Erfolg; zweimal an Hunden — mit Erfolg : Favus-Einimpfungen gelangen an einer Ratte und an drei Katzen, schlugen aber fehl an zwei Hunden. Aubert (4) gelang es auch nicht *Herpes tonsurans* an Ratten durch Ansteckung

---

* Vorgetragen vor dem Verein der Aerzte des *Deutschen Dispensary.*

zu erzeugen, während diese Thierchen vor allen anderen von *Favus* heimgesucht werden.

Die mikroskopischen Unterschiede, soweit sie bis jetzt bekannt sind, zwischen den verschiedenen den Dermatomykosen zu Grunde liegenden Parasiten genügen nicht, diese eben deutlich und sicher von einander zu unterscheiden. Wenn man auf der einen Seite liest, dass dieser oder jener Forscher die Conidien des *Achorion* so und so viel grösser als jene des *Trichophyton* gefunden hat, dass die einen rund, die anderen dagegen mehr oval sind, dass bei einem das Mycel sich fast geradlinig erstreckt und septirt ist, während beim anderen es homogen bandartig, doppelt contourirt und so weiter ist, so findet man auf der anderen Seite gerade das Gegentheil hervorgehoben. Nach Balzer (7) bestehen die *Favus*sporen aus einer homogenen und durchsichtigen Hülle und einer sich durch Reagentien färbenden centralen Masse: die Myceliumtuben sind unregelmässig verästelt, mit kurzen Zwischenräumen, ihre Wand transparent und homogen, ohne Kerne; sie schliessen in der Regel cubische Sporen ein. Bei *Herpes tonsurans* sind die Tuben weniger verzweigt, die Sporen elliptisch oder oval. Ich selbst habe diese Pilze häufig und genau beobachtet und kann nur sagen, dass es auf mich den Eindruck machte, als ob die Elemente des *Trichophyton*, sowohl Conidien wie Mycel, im allgemeinen kleiner und schmäler wären als jene des *Achorion*, dass aber eine ausserordentliche Verschiedenheit in ihren Dimensionen und ihrer Configuration besteht, indem in einem Präparate von *Tinea trichophytina* die Conidien meist rund und von der Grösse von 1.5 - 3 μ waren, das Mycel häufig verzweigt, nicht septirt, einfach contourirt und von der Grösse von 2—4—5 μ, während in einem zweiten Präparate von einer anderen Versuchsperson entnommen fast alle Sporen grösser waren, bis zu 6 μ und darüber, etc. Das eben Gesagte gilt auch vom *Achorion*. Kurz, ich muss gestehen, dass ich durch die mikroskopische Untersuchung die eine Affektion von der anderen nicht zu trennen vermag.

In neuester Zeit hat man versucht, mittelst Tinktionsmethoden spezifische mikrohistologische Unterscheidungsmerkmale aufzustellen, definitive Resultate sind aber bis jetzt in dieser Beziehung nicht erreicht worden.

Wie schon erwähnt, vegetirt das *Trichophyton* in der Oberhaut und ihren Anhängseln, d. h. Haaren und Nägeln. Was die Epidermis betrifft so durchsetzt der Pilz das *Stratum corneum* und die oberen Schichten des *Stratum lucidum*; fast nie erreicht er das *Rete*, und wenn ein Vorkommen in der *Cutis vera* und in dem Unterhautzellgewebe auch zuweilen beobachtet wurde, so lässt sich dieses durch rein passive Hineinschleppung erklären, nach Durchlöcherung der Haut in Folge eiteriger Entzündungen der Follikel, wie es nicht selten bei *Kerion Celsi* in Folge von *Sykosis parasitaria* vorkommt.

In Schuppen, die der erkrankten Partie entstammen, findet man fast nur Mycel, während Conidien meist nur in kleiner Anzahl anzutreffen sind. Die Nagelsubstanz kann mehr oder minder tief, aber nicht tiefer wie bis zur Papillarschicht infiltrirt werden; auch hier ist fast nur die Mycelform vorhanden. Was das Haar anbelangt, so dringt der Parasit in die Mündung des Haarfollikels ein, entwickelt sich eine Zeitlang weiter in der inneren Wurzelscheide, oder besser gesagt, zwischen letzterer und Haarschaft, durchbricht dann die *Cuticula Pili*, um dann nach auf- und abwärts in der Haarsubstanz zu ramificiren, diese zersplitternd und auffasernd bis zur fast completen Disintegration und

Vernichtung. Untersucht man ein solches Haar mikroskopisch, so sieht man darin eine Unmasse Sporen, nur selten Mycelfäden. Thin (56) fand die Sporen zwischen dem Haarschaft und der inneren Wurzelscheide, nie in letzterer selbst, noch in der äusseren Wurzelscheide, Haarwurzel, Papille, oder Substanz des Talgfollikels, kurz—wie Thin sich ausdrückt —„nur in solchen Epidermisschichten, welchen kein organisches Leben eigen ist.“ Frederick Taylor (55) hatte die seltene Gelegenheit, ein Stückchen trichophytischer Haut von einem an Kleinhirntuberkel verstorbenen Patienten untersuchen zu können und behauptet darnach, dass der Fungus das obere Ende des Haarbulbus nicht überschreitet, dass er in die Haarpapille nie hineinwuchert und dass sein Weiterschreiten seitwärts von der inneren Wurzelscheide aufgehalten wird. Dem gegenüber fand Lang (25) beide Wurzelscheiden mit Sporen infiltrirt.

Dass Pilzelemente activ in das Unterhautzellgewebe hineinwuchern sollen, wie dies Robinson (40) behauptet, muss jedenfalls ausserordentlich selten sein, sonst müssten alle andere Mittel, mit Ausnahme der die Gewebe total zerstörenden, uns in der Behandlung dieser Krankheit im Stiche lassen.

Zur Diagnose übergehend wird es zweckmässig sein, die Krankheit je nach ihrem Sitze an der behaarten und an der nichtbehaarten Haut (in dem gewöhnlichen Sinne verstanden) gesondert zu betrachten. An haarlosen und an nur mit feinstem Haarflaum versehenen Körperstellen ist die typische *Tinea trichophytina* ganz leicht erkennbar. Ein Bild davon brauche ich Ihnen nicht zu entwerfen. Zuweilen sieht man statt eines einfachen Ringes zwei, drei und sogar auch vier concentrische, durch anscheinend gesunde Haut voneinander getrennte Kreise. Ein solcher Fall ist von Unna (59) veröffentlicht worden und von ihm hervorgehoben als Beweis gegen die Richtigkeit der von Patrick Manson aufgestellten Behauptung, nämlich, dass die Multiplicität der Ringe pathognomonisch für *Tinea imbricata* sei. Einen zweiten Fall beschrieb Arning (2).

Es mag zuerst erwähnt werden, dass von dem zartesten Kindes- bis zum hohen Greisenalter keine Lebensperiode von *Tinea trichophytina* verschont bleibt. So beschreibt Lynch (30) einen Fall bei einem Neugeborenen. Schon sechs Stunden nach der Geburt wurde an der rechten Wange, unterhalb des Auges, ein rother Fleck bemerkt, welcher in wenigen Tagen zu einem zollbreiten Ringe gewachen war. Die Diagnose wurde durch die Confrontation und durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

Unter dem Bilde des *Eczema marginatum* kommt die Affektion in diesem Klima fast nur bei Erwachsenen vor. Ich selbst habe nie ein Beispiel davon in Individuen unter 15—16 Jahren beobachtet.

An der allgemeinen Körperdecke vorkommend, soll die *Tinea trichophytina* mit verschiedenen anderen Hautausschlägen verwechselt werden können, z. B. mit *Lupus erythematosus*, mit dem serpiginösen Syphilid, mit *Erythema annulare*, *Seborrhoea sicca*, *Psoriasis*, etc. Nun, der *Lupus erythematosus* zeigt zuweilen eine Kreisform mit scharfer Begrenzung gegen die gesunden Theile; doch sind hier die Schuppen fest und derb und zeigen nahe dem Centrum ihrer der Haut zugekehrten Fläche, falls sie nur zart abgehoben werden, einen schmalen, länglichen, weissen, comedoähnlichen Pfropf, eine Fortsetzung des Schüppchens in einem Talgfollikel darstellend, wobei die Mündung letzterer klafft. Ferner sind beim *Lupus erythematosus* immer circumscripte kleine Narben

im Centrum der afficirten Stelle vorhanden. Letzteres gilt auch von dem serpiginösen Syphilid. Bei *Erythema annulare* ist im Gegensatz zur *Tinea trichophytina* im *Stadium squamosum* (denn im vesikulösen Stadium wird eine Verwechslung überhaupt durch die Anwesenheit von Bläschen ausgeschlossen) die Peripherie hellroth, deutlich erhaben und glatt, während das Centrum blass und zugleich vollständig schuppenfrei ist.

In Fällen von *Seborrhoea sicca*, wie sie häufig in Ringform an der Brust und zuweilen auch an der Stirn angetroffen werden, sitzen die Schüppchen sehr lose und sind fettig und brüchig, während die angrenzende Haut ölig und häufig mit Comedonen und Acneefflorescenzen besät ist. Vor allem schützt in diesen Fällen bei unsicherer Diagnose der mikroskopische Nachweis von *Trichophyton*, welcher nach Maceration einer verdächtigen Schuppe in 50- oder schwächer prozentiger Liq. Kali caustici-Glycerinlösung leicht gelingt.*

Am meisten Aehnlichkeit mit der *Tinea trichophytina*, und zwar nur mit der disseminirten Varietät derselben, bietet die *Pityriasis maculata et circinata*. Manche Autoren gehen so weit, beide als Varianten derselben Krankheit zu betrachten. Im Anfange findet man denselben mattrothen, leicht erhabenen, runden Fleck, welcher sich allmälig im Centrum aufhellt und kreisförmig weiter kriecht. Der *Ringworm* kommt aber ungleich häufiger vor, wächst viel rascher und zeigt in der Nähe des Randes eine viel gröbere Abschuppung; ferner ist seine Peripherie, wenn auch nicht stark, doch deutlich erhaben, während bei der ausgebildeten *Pityriasis circinata* Niveaudifferenzen zwischen der afficirten Stelle und der umgebenden gesunden Haut äusserst schwer durch Palpation, noch weniger durch Inspektion nachzuweisen sind. Endlich fehlen bei der *Pityriasis circinata* irgend welche sicheren Pilzbefunde. Zwar behauptet Vidal (61), einen Fungus, den er *Microsporra anomaeon s. dispar* nennt, gefunden zu haben; dieser bestehe aus sehr kleinen Sporen — 1 bis 3 μ gross — während Mycel fehle oder äusserst selten sei. Jedoch haben frühere und auch spätere hierauf gerichtete Untersuchungen (8 & 16) diese Befunde nicht bestätigt. Es sind mir im Ganzen während der letzten 5 – 6 Jahre vier oder fünf Fälle von *Pityriasis maculata et circinata* vorgekommen: in Allen habe ich eifrig nach Pilzen gesucht, aber erfolglos. Höchstens waren hier und da sehr kleine sporenähnliche Gebilde zu beobachten, wie sie fast immer und überall auch auf der gesunden Haut vorkommen, wahrscheinlich also Sporen von *Torula vulgaris*.

Dann ist zu erwähnen die *Tinea imbricata*. Diese, von Patrick Manson zuerst beschriebene Hautaffektion ist der *Tinea trichophytina* etwas ähnlich: sie interessirt uns aber hier nicht weiter, da sie nur in der tropischen Zone vorkommt.

Ungleich wichtiger ist die Differential-Diagnose der *Tinea trichophytina Capillitii*. Letztere befällt hauptsächlich das jugendliche Alter bis zu den Pubertätsjahren, in welch' letzterer Lebensperiode sie meist spontan und spurlos erlischt. Nur ausnahmsweise begegnet man ihr vor dem dritten Jahre. Selten trifft man sie in ihrem Anfangsstadium als mehr oder minder kleinen, rothen Fleck, mit oder ohne Bläschenumwallung, da die durch sie verursachten Beschwerden nur in einem leichten Juckreiz bestehen. Meist ist es schon zur Invasion der Haare

* Es ist zuweilen nothwendig diese Maceration 10 bis 20 und noch mehr Stunden einwirken zu lassen, bevor man den Fungus sehen kann.

mit consekutivem Haarausfall gekommen, bevor die Aufmerksamkeit der Angehörigen darauf gelenkt wird. Man hat dann folgendes Bild vor sich:

An einer ungefähr 2—5 cm. grossen Stelle, am häufigsten auf dem Scheitel, sind die Haare verdünnt, glanzlos und geknickt, oder an der Mündung des Haarfollikels abgebrochen. Die Epidermis schilfert in kleinen, trockenen Schüppchen ab, nach deren Entfernung eine leicht geröthete oder mattgelbliche Unterlage sichtbar wird, welche sich rauh anfühlt, ungefähr wie eine schlechte Tonsur, und welche mit kleinen schwarzen Stippchen — Mündungen erweiteter und mit Schmutz und Haarresten verstopfter Haarfollikel — hier und da besät ist. Versucht man von der erkrankten Stelle ein Haar zu entfernen, so bricht dasselbe auch beim leisesten Zuge an seiner Austrittsstelle aus dem Follikel ab. Diese Brüchigkeit wird, wie schon erwähnt, durch die durch Sporeneinwanderung bedingte Auffaserung des Haares verursacht.

Taucht man ein mit *Trichophyton* durchsetztes Haar auf einige Minuten in Chloroform ein und lässt dann letzteres verdunsten, so nimmt das Haar sofort eine weissgelbliche oder auch kreideweise Farbe an, als ob es mit Schwefel bestäubt wäre. Nach fast momentaner Benetzung mit Oel nimmt das Haar wieder seine ursprüngliche Farbe an. Diese, zuerst von Dyce Duckworth (14) angegebene Reaction schlägt nie fehl. Sie findet bei schwarzen, braunen, röthlichen und hellblonden Haaren gleich gut statt und wird von gesunden Haaren nicht gezeigt, auch nicht von mit *Achorion* durchsetzten, (9).

Womit kann nun die *Tinea trichophytina Capillitii* verwechselt werden?

Die *Seborrhoea Capillitii cum Defluvio Capill.* ist nicht schwer zu unterscheiden, wenn man nur bedenkt, dass bei dieser Affektion die Schuppen ölig sind, wie auch die übrige Kopfhaut, dass der Haarwuchs nur verdunnt ist, und wenn sich da auch ausnahmsweise eine kahle Stelle vorfindet, so ist diese entweder ganz kahl oder nur mit vereinzelten aber, wohlbemerkt, längeren Haaren besetzt; ausserdem sehen und fühlen sich solche Stellen ganz glatt, nie wie eine Tonsur an.

Man liest von Verwechslungen mit *Psoriasis Capillitii.* Ich glaube nicht, dass dieser Punkt einer Besprechung bedarf, so wohlbekannt und zugleich so prägnant sind die Unterschiede.

Die *Alopecia areata* und der *Herpes tonsurans* zeigen mit Ausnahme der Tonsur keine Aehnlichkeit unter einander. Bei jener sind die afficirten Stellen wirklich kahl und vollständig glatt und schuppenfrei und zeigen eher ein ganz blasses Colorit; höchstens sieht man hier und da ganz vereinzelte, gesunde Haare. Ausserdem entstehen die kahlen Stellen ganz plötzlich, d. h. über Nacht oder im Verlaufe eines oder zweier Tage.

Beide Affektionen können gleichzeitig bestehen. Eine ganze Anzahl solcher Fälle sind besonders in der englischen Literatur verzeichnet, so von Songster (43), Alder Smith (50), und Stowers (54). Die von von Sehlen beschriebenen Sporen sind der *Alopecia arcata* nicht eigenthümlich und können in fast allen der Kopfhaupt entnommenen Schuppen, so wie auch an gesunden Haaren beobachtet werden.

In manchen veralteten Fällen von *Tinea trichophytina Capillitii* führt die Verstopfung der Haarfollikel zur Vereiterung derselben mit consecutivem Durchbruch in das Unterhautzellgewebe hinein. Man belegt diesen Zustand mit dem Namen *Kerion Celsi.* Hier ist die Kopfhaut mit kleinen, bis fingernagelgrossen, teigig weichen, pseudofluktuirenden, hemisphärischen Prominenzen bedeckt, von deren Oberfläche bei

Druck aus vielen kleinen Oeffnungen eine viscide, serös-eiterige Flüssigkeit quillt. Bei oberflächlicher Betrachtung kann dieser Zustand einen subcutanen Abscess vortäuschen, schneidet man aber eine solche Prominenz ein, so findet man keinen grösseren Eiterherd, sondern eine Unmasse kleinster, mit zerfallener Epidermis, Haarstümpfen, Pilzmassen und Eiter erfüllter Gänge. Uebrigens führt dieser Prozess zur radikalen Heilung der *Tinea*, und soll wieder im Kapitel der Behandlung besprochen werden.

Die *Tinea trichophytina* des Bartes, vulgo *Barbers' Itch*, zeigt im Anfange das gewöhnliche Bild eines oder mehrerer mit peripheren Bläschen oder mit Schuppenwall versehenen Ringe. Sehr bald werden die Haarfollikel und Contenta angegriffen, und ist dann die Affektion mit der sogenannten *Sycosis parasitaria* identisch. Greift der Prozess noch weiter, so hat man's wieder mit *Kerion Celsi* zu thun. Ueberhaupt ist letzterer das Endglied fast aller misshandelten oder sich selbst überlassenen Fälle von *Tinea* des Gesichtes bei Männern.

Zur Therapie übergehend ist es wiederum zweckmässig, die Behandlung der haarlosen und die der behaarten Körperregionen gesondert zu betrachten; denn so leicht und rasch jene zum Ziele führt, so schwierig und zeitraubend ist diese.

Wenn auch die älteren Aerzte von der Existenz des *Trichophyton* nichts wussten, so waren die von ihnen angewandten Mittel doch im Allgemeinen ganz rationelle, denn sie waren eben fast alle pilztödtende, unter anderen die Metallsalze, besonders essig- und schwefelsaures Kupfer, schwefel- und gerbsaures Eisen, Schwefel-, Jod- und Chlorquecksilber, sowie auch Schwefel in Substanz, Theer, Essig u. s. w. Gegenwärtig wird ausser diesen noch der ganze Schatz der modernen *Antiparasitica* in Anwendung gezogen: Thymol, Eucalyptol, Bor-, Carbol-, Salicyl- und Pyrogallussäure, Chrysarobin, Jodoform, Resorcin, etc. In der jüngsten Zeit sind Kupfer- und Quecksilberoleate sehr hoch angepriesen worden.

Sitzt die krankhafte Stelle an irgend einer von gröberen Haaren freien Körperregion, so genügen schon einige Male wiederholte Pinselungen oder Einreibungen mit irgend einem der obigen Mittel, um rasch Heilung herbeizuführen. Da wässerige Lösungen nicht leicht in die Haut eindringen, so sind Lösungen in Weingeist, Chloroform, Collodium, Terpentinöl, Traumaticin, Aether u. s. w. zu bevorzugen. Sehr empfehlenswerth ist die von Robert W. Taylor angegebene Lösung von Sublimat in *Tr. Myrrhae* oder *Tr. Benzoes comp.* Bei Fällen von *Tinea trichophytina Femoris (Eczema marginatum)*, die bekanntlich sehr häufig recidiviren, haben mir täglich wiederholte energische Betupfungen mit concentrirter schwefliger Säure die besten Dienste geleistet; nur ist darauf zu achten, dass man ein frisches Präparat anwendet, da ältere Lösungen zum Theil durch Verdunstung zu schwach werden, zum Theil durch Umwandlung in Schwefelsäure zu reizend wirken. Diese Behandlung stammt, wie ich glaube, von L. Duncan Bulkley her.

Man muss überhaupt eine grosse Vorsicht üben in der Concentration der angewandten Mittel, insofern als sie alle mehr oder weniger reizend und verschorfend wirken. Je jünger der Patient, um so vulnerabler die Haut, und desto schwächer sollte die Concentration im Anfange der Behandlung sein. Ich war neulich so unglücklich, bei einem achtjährigen Knaben einen die halbe Dicke der Cutis einnehmenden Schorf an der Stirne durch nur zweimalige Anwendung einer viertelprozentigen Sublimatcollodiumlösung zu erzeugen.

Elektrotherapeuten mag es interessiren zu wissen, dass Samuels (42) einen hartnäckigen Fall von *Herpes tonsurans Antibrachii* mittelst zweimaliger Faradisation geheilt haben will.

In Fällen von *Trichophytosis Barbae* rathe ich immer die Epilation an. Diese ist nicht sehr schmerzhaft, indem die erkrankten Haare ziemlich lose in ihren Follikeln sitzen, und ausserdem nicht so leicht abbrechen wie die Kopfhaare, da sie selten vom Fungus so durchdrungen sind wie jene.

Haare, die einem mässigen Zuge nicht weichen, brauchen nicht entfernt zu werden, da sie meiner Erfahrung nach normal sind, höchstens dass an ihnen oberhalb der Mündung des Follikels Pilzelemente lose anhaften, und diese werden durch die der Epilation immer nachfolgende Abreibung oder Betupfung unschädlich gemacht.

Wenn man es mit sehr empfindlichen Patienten zu thun hat, so kann man nach Ihle (23) eine zehn- oder mehrprozentige Resorcinsalbe, oder nach Shoemaker (44) eine zehn- bis zwanzigprozentige Kupferoleatsalbe einreiben, da beide die Epilation überflüssig machen sollen.

In ganz frischen Fällen von *Tinea trichophytina Capillitii* empfehle ich folgendes Verfahren:

Zunächst sollen die Haare mit der Scheere kurz geschnitten werden (das Rasiren ist wegen Gefahr der Inoculation bisher gesunder Theile zu verbieten) und der ganze Kopf mit Schmierseife und heissem Wasser tüchtig abgewaschen werden. Dann werden die afficirten Stellen dreimal täglich mehrere Minuten lang mit einer fünf- bis zehnprozentigen Lösung von Salicylsäure in Weingeist oder Benzin gebadet. Wenige Tage genügen zur Heilung (12). Statt der Salicylsäure kann man täglich mehrere Male hintereinander 10-proz. Jodoformäther einpinseln und diesen, wenn er trocken geworden ist, mit einer Schicht *Tr. Benzoes comp.* bedecken. In mässig frischen Fällen, versuche man täglich zu wiederholende, ungefähr fünfminutenlang fortgesetzte Bepinselungen mit einer ein- bis anderthalbprozentigen Chrysarobin-Chloroformlösung, verbunden mit täglichen Abseifungen. Alder Smith (49), der eine überaus reiche Erfahrung mit *Trichophytosis Capillitii* besitzt, lobt diese Behandlung vor allen anderen. Hat die Krankheit schon einige Zeit bestanden, so stellt ihre erfolgreiche Behandlung die Geduld des Arztes und des Patienten auf eine harte Probe. Das ist die allgemeine Erfahrung und hat seinen Grund darin, dass man den Pilzen nicht genügend beikommen kann, indem sie in den tieferen Abschnitten der Haare stecken, und sucht man letztere zu entfernen, so brechen sie beim geringsten Zuge ab. Das i s t die allgemeine Erfahrung, sagte ich. Es hätte vielleicht w a r heissen sollen, denn in der letzten Zeit sind Verfahren empfohlen worden, mittelst derer man in einfacher Weise rasch zum Ziele gelangen soll. Eines davon, welches ich selbst anwende, aber worüber ich noch zu keinem definitiven Urtheil gelangt bin, stammt von Foulis (19) her, und ich erlaube mir, es Ihnen ausführlich wiederzugeben:

Die Haare werden rings um jede afficirte Stelle kurz geschnitten. Sind viele solcher vorhanden, so werden alle Kopfhaare kurz geschnitten. Dann wird gewöhnliches Terpentinöl reichlich auf eine oder mehrere Stellen zugleich gegossen und mit den Fingern eingerieben. Fast augenblicklich verschwinden Schmutz und Schuppen, und die kurzen, abgebrochenen Haare richten sich wie Borsten auf. Nach Verlauf einiger Minuten wird ein leichter Schmerz verspürt, Beweis dass das Terpentin tief eingedrungen ist. Darauf werden alle Stellen mit 10-proz.

Carbolseife und heissem Wasser energisch abgewaschen und abgetrocknet. Sodann werden die erkrankten Theile zwei- oder dreimal hintereinander mit Jodtinktur eingepinselt und schliesslich das ganze Capillitium mit 5-proz. Carbolöl eingeschmiert. Dieser Cyclus, ein- oder zweimal wiederholt, soll sehr bald zur Heilung auch der inveterirtesten Fälle führen. Statt Jodtinktur kann man eine 2-proz. Lösung von Jod in Terpentinöl anwenden. Lässt uns diese Procedur auch im Stich, so haben wir als letzte Zuflucht die Anfangs in Frankreich übliche, später daselbst in Misscredit gekommene und seit einigen Jahren wieder in England von Alder Smith, Liveing und Wyndham Cottle vervollkommnete Methode der Behandlung mit Crotonöl, deren Grundprinzip, einem Wink der Natur folgend, die Erzeugung eines künstlichen *Kerion* ist. Das Verfahren ist wie folgt:

Nachdem die erkrankte Stelle mit Crotonöl eingepinselt worden ist, wird sie nach Verlauf einiger Stunden mit heissen Leinsamen- oder Breiumschlägen bedeckt. Die Procedur wird täglich so lange wiederholt, bis die Stelle geschwollen und teigig weich geworden ist und reichlich sezernirt. Von da ab wendet man nur Umschläge an, bis die Entzündung sich gemässigt hat; dann lassen sich die erkrankten Haare leicht, schmerzlos und intakt entfernen. Die Kur ist sicher, falls man nur ein ordentliches *Kerion* erzeugt hat. Nöthigenfalls kann der Cyclus wiederholt werden. Ist darnach die Heilung noch nicht vollständig, insofern also kranke Haare sich noch vereinzelt vorfinden, so wird mit einer feinen, aber mit abgestumpfter Spitze versehenen goldenen Nadel ein Tröpfchen Crotonöl in jeden afficirten Haarfollikel eingetragen. Um allzuheftige Entzündung zu verhüten, darf nur eine bis etwa 3 ccm. grosse Stelle auf einmal in Angriff genommen werden. Man wirft dieser Behandlungsweise vor: 1. dass sie Kahlheit erzeugen, und 2. dass sie zum Erysipel führen könne. Ad 1 muss zugegeben werden, dass Kahlheit an circumscripten Stellen erfolgen kann, diese ist aber meist nur vorübergehend. Was den zweiten Punkt betrifft, so trat nach der Zusammenstellung von Massey (32) bei eintausend mit Crotonöl behandelten Fällen nur viermal Erysipel auf, welches jedesmal günstig verlief.

Literatur.

1. Anderson, McCall, Edinburgh Med. Journal, Sept. 1880.
2. Arning, Archiv für Dermatologie, 1883, S. 98.
3. Atkinson, Archives of Dermatology, Bd. VII, S. 47.
4. Aubert, „ „ Bd. III, S. 64.
5. Auspitz, Archiv für Dermatologie, 1882, S. 139.
6. „ Wiener Med. Wochenschrift, 1883, No. 30 u. 37.
7. Balzer, Archives gener. de Med., 1881, Oct.
8. Behrend, G., Berliner Klin. Wochenschrift, 1881, No. 38.
9. „ „ Archiv für Dermatologie, 1884, S. 353.
10. Bernard, A., British Med. Journal, 1884, No. 1247.
11. Cavafy, „ „ „ 1882, Juni.
12. Cottle, Wyndham, London Lancet, 1880, d. 27. März, S. 482.
13. „ „ British Med. Journal, 1880, Mai, S. 806.
14. Duckworth, Dyce, „ „ „ 1873, S. 515.
15. Duhring, Phila. Med. & Surg. Reporter, 1878, d. 31. Aug.
16. „ Am. Journal of the Med. Sciences, 1880, Oct., S. 359.
17. Elliot, G. T., N. Y. Med. Journal, 1885, d. 4. Juli.

18. Finny, British Med. Journal, 1881, Febr., S. 302.
19. Foulis, „ „ „ 1885, d. 14. März, S. 536.
20. Fox T. Colcott, London Lancet, 1884, d. 20. Sept., S. 485.
21. Harris, British Med. Journal, 1885, Jan., S. 55.
22. Harrison, A. J., British Med. Journal, 1885, d. 5. Sept., S. 434.
23. Ihle, Monatshefte für Prakt. Dermatol., 1884, S. 421.
24. Jamieson, British Med. Journal, 1882, Juni, S. 817.
25. Lang, Archiv für Dermatologie, 1878, S. 393.
26. Leach, British Med. Journal, 1885, d. 28. Nov., S. 1047.
27. Leech, „ „ „ 1885, d. 21. Nov., S. 1003.
28. Liveing, „ „ „ 1881, Febr., S. 227.
29. „ „ „ „ 1884, No. 1250.
30. Lynch, Archives of Dermatology, Bd. III, S. 64 (Citat aus dem Med. Press u. Circular, 1876, d. 22. März).
31. Manson, Archiv für Dermatologie, 1880, S. 147.
32. Massey, Journal of Cutan. & Ven. Diseases, Bd. I, 319.
33. Morris Malcolm, London Lancet, 1881, d. 29. Jan. u. d. 12. Febr.
34. „ „ British Med. Journal, 1882, Juni, S. 901.
35. „ „ „ „ „ 1884, No. 1246.
36. Payne, St. Thomas Hosp. Reports, 1883.
37. „ British Med. Journal, 1885, d. 23. Mai, S. 2031.
38. Rabitsch, Wiener Med. Wochenschrift, 1882, Num. XIV.
39. Railliet, Annales de Dermatologie, 1880, S. 232.
40. Robinson, N. Y. Med. Journal, 1881, März.
41. Rouquayrol, Archiv für Dermatologie, 1880, S. 371.
42. Samuels, Monatshefte für Prakt. Dermatol., 1884, S. 220.
43. Sangster, London Lancet, 1880, d. 3. Juli.
44. Shoemaker, Monatshefte für Prakt. Dermatol., 1884, S. 355.
45. Smith, Alder, London Lancet, 1880, d. 10., 24. u. 31. Jan.
46. „ „ British Med. Journal, 1880, Juni, S. 885.
47. „ „ „ „ „ 1880, Sept., S. 536.
48. „ „ „ „ „ 1882, Oct.
49. „ „ „ „ „ 1884, Nov., S. 858.
50. „ „ „ „ „ 1885, d. 20. Juni, S. 1277.
51. Startin, „ „ „ 1885, Jan.
52. Stelwagon, Monatshefte für Prakt. Dermatol., 1885, S. 140.
53. Stowers, London Lancet, 1881, d. 26. Feb.
54. „ British Med. Journal, 1885, d. 4. Juli, S. 47.
55. Taylor, London Lancet, 1878, d. 16. Nov.
56. Thin, „ „ 1878, d. 30. März.
57. „ British Med. Journal, 1882, Aug., S. 301.
58. „ „ „ „ 1885, S. 423.
59. Unna, Archiv für Dermatologie, 1880, S. 165.
60. Vidal, Gazette des Hopitaux, 1880, No. XXIX.
61. „ Verh. des Internat. Med. Cong. i. J. 1881 (Citat in Monatshefte für Prakt. Dermatol., 1882, S. 26).
62. Vinceus, Recherches expérimentales pour servir a l'Histoire de l'Herpes Tonsurant chez les animaux, Paris, 1874, (Citat im Archives of Dermatol., Bd. I., S. 341).
63. Walther, British Med. Journal, 1885, d. 21. Nov.

Der Heilwerth von Gebirgsexkursionen.

Von Dr. L. Barkan.

Trotzdem der kräftigende und regenerirende Effekt der Bewegung und insbesondere der Gebirgssteigung auf der Hand liegt, dürfte es nicht überflüssig erscheinen, diese Perle der Panaceen, welche durch die heilsame Wechselwirkung von Befreiung aus einer schwächenden und aufregenden Lebensweise und Beschäftigung, dem Organismus ungemein zweckdienlicher Arbeitsleistung, Aufenthalt auf einem gesunden Boden, energischer Athmung in guter Luft, Genuss reiner Wässer und vorzüglicher Verdauungsthätigkeit nicht nur vorübergehende, sondern in den meisten Fällen auch radikale Hülfe schafft und der Entstehung von Krankheiten vorbeugt, näher zu besprechen. Zu den wichtigsten Desinfektionsmitteln gehören guter Boden und, meiner unmaassgeblichen Ansicht nach, gute Luft. Je volkreicher ein Ort, desto mehr nimmt in der Regel die hygienische Güte des Bodens und der Luft ab ; je kleiner der Ort, desto mehr steigt *ceteris paribus* die Güte dieser beiden Faktoren und erreicht bei erhöhtem Terrain die höchsten Potenzen.

Nach Prof. Senator und Fluegge kann ein Volumen guten Sandbodens 250 Volumen eines gewöhnlichen Cloakeninhaltes binden ; bezüglich des desinfizirenden Werthes der Luft ist man jedoch noch im Dunkeln. Ich nehme an, dass der in guter Luft vorhandene Sauerstoff wahrscheinlich im Wege der Verbrennung vom Blute aufgenommene Krankheitskeime bis zu einem höheren oder geringeren Grade unschädlich zu machen, d. h. zu desinfiziren geeignet ist. Vielleicht beruht der Heilwerth von hypermangansaurem Kali darauf, dass es die Verbindung zwischen Blutkörperchen und dem Sauerstoff begünstigt, während die toxische Wirkung des Strychnins nach Rossbach dadurch begründet erscheint, dass es die Verbindung zwischen Blutkörperchen und Sauerstoff hintanhält.

Es flottiren in der Luft zahllose Keime und darunter auch viele verderblicher Natur. Es wäre nun möglich, dass die verderblichen Keime, welche die Menschen (zumal an grösseren Orten) absorbiren, durch den Sauerstoff der Luft (und vielleicht auch durch Luftströme in mechanischer Weise) unschädlich gemacht werden, während in einer stagnirenden Luft, z. B. in einem schlecht ventilirten Zimmer, wo Lungen- und Hautausdünstungen angehäuft sind, der infolge dessen verminderte Sauerstoff auch eine reduzirte Desinfektionskraft besitzt. Wir suchen uns möglichst schnell unserer anderen Auswurfsstoffe zu entledigen, während eigenthümlicher Weise verhältnissmässig selten dasselbe eifrige Streben bezüglich der Ausdünstungen, d. h. der Auswurfsstoffe der Lunge und Haut, vorherrscht. Und eine ausgiebige Ventilation der Wohnräume lässt sich wahrlich nicht im Handumdrehen erreichen; wie die Natur theils auf chemisch-elektrischem Wege durch Gewitter, theils auf mechanischem Wege durch mächtig sausende und stürmisch aufwirbelnde Winde reine Luft schafft, so müssen auch wir, wenn es Noth thut, durch medikamentöse Räucherung, Anwendung von Desinfektionsmitteln, vor Allem aber, und für gewöhnlich durch möglichst ununterbrochene und zuweilen zugige Ventilation, die stagnirende Luft unserer Wohnräume selbst aus den verborgensten und entlegensten Ecken, wenn auch auf Kosten der Bestaubung des Mobiliars, aufscheuchen und vertreiben. Ich habe in den serbisch-türkischen Kriegen in fast allen Zimmern meines Hospitals die Fenster selbst während der Nacht offen gelassen und empfand die erfreuliche Genugthuung, dass, während in

anderen Hospitälern Blattern und sonst ansteckende Krankheiten ihre kontagiöse Einwirkung entwickelten, ihnen in meinem Hospital der fruchtbare Boden zur Weiterentwickelung entrückt zu sein schien, trotzdem ich aus Mangel an Raum öfters in die Lage gekommen war, mit Blattern, Typhus, Erysipelas, Diphtheritis etc. Behaftete mit davon nicht ergriffenen Patienten zusammen zu thun.

Ein beliebtes, mich nie im Stiche lassendes und dem Kranken wohl bekommendes Experiment war, dass ich sogar an (nicht zu kalten) Wintertagen an schweren Krankheiten, insbesondere Blattern, Pneumonie etc. Darniederliegende, selbstverständlich wohl verpackt und unter Anwendung aller gebotenen Vorsichtsmaassregeln, nach dem nächsten, sechs (englische) Meilen entfernten und etwas geräumigeren Hospital sandte.

Es ist bekannt, dass nicht alle Besucher eines mit einer ansteckenden Krankheit Behafteten von der Krankheit heimgesucht werden ; wäre es, abgesehen davon, dass die Gefahr der Ansteckung sich auch nach dem Standplatze des Besuchers am Krankenbette richtet, nicht möglich, dass die Ansteckung Jene, welche sich nach erfolgtem Krankenbesuch viel in freier Luft ergehen, verschont oder milder befällt?

Soviel über den Werth reiner Luft ; sie ist auf Gebirgen von besonderer Güte und Heilkraft und erweist sich dem Luftaspiranten desto wohlthätiger, je höher er steigt und je mehr er seinen Muskelapparat zu diesem Zwecke anstrengt. Die besten Inhalationsapparate, Bäder und Medikamente nützen doch nur vorübergehend, wenn der Verlust der Vitalität und des Muskeltonus, zumal des Tonus des Herzens und der Gefässe, nicht oder nicht hinreichend ersetzt wird, die Blutstasen der Drüsen und anderen Organe nicht einem Ausgleich zwischen gehobener arterieller und venoser Strömung weichen, das zu serös gewordene Blut nicht eiweissreicher, verdickter und gehaltvoller wird, die Kohlensäureanhäufung nicht durch eine vermehrte Sauerstoffzufuhr verdrängt wird, das im Körper aufgeschichtete Fett nicht lebhafter oxydirt wird und eine Entlastung der Nieren nicht stattfindet. Dies Alles geschieht aber, nach Prof. Voit und anderen Autoritäten, durch Gebirgssteigungen umfassender und allgemeiner als durch irgend eine andere Methode. Schon nach mehrwöchentlichen Gebirgsexkursionen ist der Zustand des Patienten vom Grund aus zu seinem Vortheile verändert, er ist förmlich umgewandelt und verjüngt. Frische und geistige Spannkraft manifestirt sein früher matter denkendes Gehirn. Wille, Gedanken und Impulse erscheinen im Fluge, die früher stumpfen Sinne schärfen sich zusehends, die früher eingefallenen Augen sprühen aus ihrem ansehnlicher gewordenen Fettlager lebhaft hervor, die vordem schlaffen Backen erscheinen voller und geröthet, der unziemlich hervorragende Bauch ist, trotzdem dass Speise und Trank vortrefflich munden, bis zur Bescheidenheit eingeschrumpft, und die zum Jauchzen emporgeschwellte Brust ist bedeutend erweitert (freilich auf Kosten des *Budgets*, denn die Unaussprechlichen sind im oberen Theil viel zu weit, die Röcke, Hemden und Krägen zu eng geworden). Der vordem Schwerfällige fühlt sich um so vieles elastischer, gelenkiger und leichter, als ob ihm die Bürden des irdischen Daseins abgenommen wären, beinahe wie zur Zeit, da er noch als Kind gehend, laufend und hüpfend 10—12 (englische) Meilen täglich zurücklegte; er hat aufgehört, als unzufriedenes, mürrisches und fremdes Geschöpf die Natur zu verunstalten, und passt nun besser in den Rahmen der anderen kräftigen

und lebensfroh emporschiessenden Organismen; er ist von einem anderen Geiste beseelt, die Schlacken sind entfernt, die Pulse schlagen kräftig und die Blutwelle wird mächtiger nach der Peripherie geschleudert, der Tonus des gesammten Gefässsystems hat sich gehoben.

Nun wollen wir durch Anführung einiger Krankheitsbefunde und abnormer Zustände spezielle Heilerfolge an Patienten, welche unter meiner Leitung und Beobachtung auf verschiedenen Gebirgstouren in Europa und anderen Welttheilen Exkursionen absolvirt haben, hervorheben.

I. *Herr J. B.*, 40 *Jahre alt*, 230 Pfund schwer. Umfang des Bauches 120 cm., der Brust 116 cm. Die erste Tour verursachte schwere Athemnoth, als ob Patient tief schnarchte. Kontraktion des träge, in kleinen Stössen pulsirenden Fettherzens erscheint der Aufgabe kaum gewachsen. Muss alle drei Minuten pausiren. 2. Tag. Das Athmen ist ein wenig leichter geworden; anstatt schnarchend athmet Patient in raschen, keuchenden Zügen wie ein Pneumoniker. Muss alle fünf Minuten pausiren. Die Sekretionen sind vermehrt und der träge Stuhlgang hat aufgehört. Die Tour wird täglich um ein weniges ausgedehnt, Nach einem Monate erscheint die Respiration bei Steigung nur unbeträchtlich beschleunigt, wenig hörbar; Transpiration mässig, kann die Steigung mindestens $\frac{1}{4}$ Stunde aushalten, ohne pausiren zu müssen; kann bald täglich vier Stunden bergaufwärts gehen, während am ersten Tage kaum eine Stunde. Herzkontraktion ist nun ausgiebig und kräftig, Patient hat das Gefühl der Brustsprengung und Athembeklemmung schon längst verloren. Gewicht 208 Pfund, Umfang des Bauches 107 cm., der Brust 121 cm.

II. *Herr Th. R.* hat in seinem 20. Jahre eine Paralyse des linken *Facialis* gehabt. Im Jahre 1879 und seinem 34. Lebensjahre trat ein Recidiv ein, und obschon der behandelnde Arzt, eine Autorität ersten Ranges, sofort starke galvanische Ströme anwandte, versprach er ihm doch keine *restitutio ad integrum* und machte ihn auf die Wahrscheinlichkeit der Permanenz von Störungen aufmerksam. Pat. nahm auch thatsächlich nach Entlassung aus der Behandlung ein leichtes Gefühl des Eingeschlafenseins und Dumpfheit der affizirt gewesenen Backe mit. Nach dreiwöchentlichen Exkursionen war dieses Gefühl verschwanden und Pat. hat seitdem keinen Rückfall bekommen.

Eine der Exkursionen wollte Pat. wegen heftigen und schmerzhaften Darmkatarrhes nicht mitmachen, doch gab er schliesslich meinem Zureden nach; 2 Stunden später war der Katarrh verschwunden.

III. *Herr E. F. Sch.*, 50 *Jahre alt*, hatte 13 Jahre lang an Rheumatismus gelitten. Im Anfange liess ich ihn theils reiten, theils auf ebenem Terrain gehen. Nach 2 Wochen konnte er Berge steigen. Nachdem er dies $1\frac{1}{2}$ Wochen betrieben hatte, war sein Rheumatismus auf Nimmerwiederkehr verschwunden; freilich betreibt Pat. diese Kur noch jeden Sommer.

IV. *Herr Ch. W.*, 39 *Jahre alt*, war plethorisch, hypochondrisch und mit Hämorrhoiden behaftet. Nach 2 Wochen Besserung. Nach 4 weiteren Wochen waren die Hämorrhoiden ganz eingeschrumpft, Pat. sehr lebenslustig. Gewicht: Anfangs 211 Pf., am Ende 185 Pf. Umfang des Bauches 108 cm., der Brust 104 cm.; zuletzt: Umfang des Bauches 98 cm., der Brust 109 cm.

V. *Herr H. L.*, 32 *Jahre alt*, hatte einen chronischen Magenkatarrh. Nach 1 Woche bedeutende Besserung. Nach 3 Wochen war der Magen in Ordnung und Pat. brauchte nur wenig Vorsicht in seiner

Diät walten zu lassen. Gewicht: Anfangs 145 Pf., am Schlusse 160 Pf. Ein früher stets vorhandener Bronchialkatarrh war gleich am ersten Tage bedeutend besser geworden und am dritten Tage verschwunden.

VI. *Herr L. St.*, 25 *Jahre alt*, litt an Psoriasis. Nach 24 Tagen war und blieb sie verschwunden.

VII. *Herr J. Bat.*, 18 *Jahre alt*, hatte Infiltration der Spitzen und reduzirten Appetit. Nach 5 Wochen hatte Pat. um 9 Pf. zugenommen und erfreute sich eines ausgezeichneten Wohlbefindens.

VIII. *Frl. A. O.*, 19 *Jahre alt*, mit Chlorose, Amenorrhöe und schlechtem Appetit behaftet. Nach 7 Tagen deutliche Besserung und nach 15 Tagen erscheint Patientin als blühendes, sich die Speisen wohlschmecken lassendes Mädchen.

IX. *Frau L. P.*, 48 *Jahre alt*, schwächlich, hysterisch und ohne Periode. Nach 8 Wochen erschien sie um vieles gekräftigt, die hysterischen Anfälle waren verschwunden und die Periode, welche sie 2 Jahre vorher verloren hatte, stellte sich wieder ein.

Bei der Verordnung von Gebirgspartien bedarf es guter Arrangements und Vorsichtsmaassregeln, und zwar bezüglich der Zunahme der Steigung, der Ruhepausen, der Zeit der Verabfolgung der Mahlzeiten vor und nach der Steigung, der Auswahl der Speisen, der Erlaubniss zu trinken, der Regelung des Stuhlganges, der Beschützung der Füsse, Beine und *Nates* gegen Aufreibung und Blasenbildung, der Beschützung des Nackens und schliesslich, der Auswahl der Gebirge. Die europäischen Gebirge, welche ein besseres Klima und im Allgemeinen bessere Pfade als die amerikanischen aufzuweisen haben, sind diesen vorzuziehen; indessen sind auch die Adirondacks, White Mountains und einige andere Gebirge des Ostens, welche insbesondere der heilbedürftigen amerikanischen Jugend als geeigneter Tummelplatz dienen könnten, zu berücksichtigen. Man ist ferner auch darauf angewiesen, der Individualität der Patienten Rechnung zu tragen und der Verhinderung der Langeweile und Gleichgiltigkeit wegen mit Gebirgen und Gegenden zu wechseln, um durch ein gleichbleibendes Interesse der Patienten kein Ausbleiben von den Exkursionen eintreten zu lassen.

162 Union Str., Brooklyn.

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Fettleber.

R. C. 33 J. U. S. Lithograph.

Sah Patienten zum ersten Mal am 24. September. Er berichtete, dass er stets reichlich getrunken habe, anfangs nur Bier, später mehr spirituöse Getränke — speziell während der letzten sechs Wochen. Behauptet aus einer gesunden Familie zu stammen und stets gesund gewesen zu sein, mit Ausnahme einiger kurzer Rheumatismusanfälle (besonders im linken Knie). Den letzten derselben hatte er vor vier Jahren. War stets kurzathmig und hatte Herzklopfen auf Anstrengung; bemerkte häufig Blut in seinem Sputum, hatte sehr leicht Nasenbluten. Klagt über Schmerzen im Leib, Fieber und Nausea.

Status praesens, 24. Sept., 6 Uhr Abends: Gesicht röthlich-bläulich suffundirt; leichter Exophthalmus. Respiration 35, Puls 120, Temp. 101½ F°.

Lungen: Leichte Spitzendämpfung, besonders rechts; ebenso R. U. V. und H. Feuchtes, feinblasiges Rasseln R. und L., und verschärfte und verlängerte Exspiration, R. O. namentlich.—R. U. sehr schwache Athmung.

Herz: Vergrössert, hauptsächlich nach L. und O. Herztöne nicht rein, jedoch kein Blasen, Schnurren und Surren mit dem ersten Ton.

Abdomen: Pat. klagt über Schmerzen „gerade unter den kleinen Rippen und ein Gefühl von Vollsein daselbst" und wird desshalb die Untersuchung des Unterleibes vorgenommen. Beim Aufdecken der Bettdecken und Nachtkleider tritt das Abdomen ungewöhnlich lang und ausgedehnt hervor. Pat. zeigte nun die schmerzhaften Stellen, welche nach seiner Ansicht „dicht unter den falschen Rippen" gelegen waren. Eine besonders auffallende hervorstehende Spitze hielt er für das Ende des Brustbeines (Breast-Bone), da dieselbe nahezu in der Mittellinie gelegen war. Nähere Untersuchung ergab nun, dass die scharfen Ränder, welche dem Patienten Brustbein und Rippen vorgetäuscht hatten, dicht über dem Nabel und mehr wie 10 Zoll unterhalb der wirklichen falschen Rippen gelegen waren und einer Geschwulstmasse angehörten. Dieselbe fühlt sich hart und glatt an, die Ränder sind scharf und verlaufen seitlich scheinbar gerade nach hinten. Druck auf die Geschwulst erzeugt keinen Schmerz, nur ein Gefühl von Völle.

Die Perkussion ergab über der ganzen Geschwulst leeren Schall, mit Ausnahme des rechten Hypochondriums, wo sowohl unterhalb wie oberhalb der unteren Rippengrenze die Perkussion schwach tympanitisch war. Von da ging nach Oben der Schall in die leichte, schon erwähnte Dämpfung R. U. H. und V. über; andererseits ging die der Geschwulst angehörende Dämpfung linkerseits in die Herzdämpfung über; Milzdämpfung mässig vergrössert. Temp. 100½°; P. 92 klein; Resp. 32.

Es wurde durch den Befund im Abdomen der Eindruck erzeugt, als ob die Leber, durch irgend welche Ursachen veranlasst, nach Vorn und Links gedreht sei und die Symptome venöser Stauung, welche während der Untersuchung notirt werden, fanden in der bei Drehleber nothwendigerweise vorhandenen Knickung der *Vena Cava* ihre Erklärung. Der Husten war mässig mit geringem serös-eitrigem Auswurfe. Im Urin war nichts Abnormes zu finden.

Patient wurde immer schwächer, der Husten wurde häufiger, doch nie quälend. Während der letzten beiden Lebenstage fand sich häufig hellrothes Blut im Sputum — doch kam es nie zu einer kopiösen Hämorraghie. Der Puls wurde frequenter bis zu 120 und 130, sehr klein und kompressibel; die Respiration stieg bis zu 50; die Temperatur bis zu 102° F. Die Behandlung bestand in Darreichung von Digitalis und Exzitantien: Ammonium und Kampher. Das Bewusstsein war benommen und am 27. September Abends 10 Uhr* starb Patient.

Herr Dr. E. Tiegel war so freundlich, die Sektion zu leiten, welche am Montag, den 28. September, Mittags 1 Uhr stattfand.

Anwesend: Dr. E. Tiegel, Dr. R. Mollenhauer, Dr. E. Neumer und Dr. Rachel.

Sektions-Bericht.

Männliche, gut genährte Leiche; Abdomen aufgetrieben, Haut ödematös; auf Brust und Unterleib starker *Panniculus adiposus.*

Beim Oeffnen des Abdomen entweichen keine Gase; das sehr fette Omentum drängt sich vor und bedeckt die Därme vollständig. Es ist mit denselben zum Theil verwachsen und schwer abzulösen.

Der linke Leberlappen ist stark vergrössert und nach Unten und Links verschoben. Ebenso der rechte und zwar so, dass die Fissur zwischen beiden in schräger Richtung von Rechts Oben nach Links

* Die Lungenkongestion hatte zu Lungenödem geführt.

Unten geht; den tiefsten Punkt, etwas rechts von der Mittellinie gelegen, bildet die an die Fissur stossende innere rechte Ecke des linken Leberlappens. Es ist das derjenige hervorragende Punkt, welcher dem Patienten als Brustbeinspitze imponirte.

Die Gallenblase ist natürlich ebenfalls nach Links verschoben und wird von dem Rande des rechten Leberlappens überragt.

Das *Colon transversum* ist rechts mit dem *Color ascendens* stark in die Höhe gezogen, verläuft von da am unteren Rande der Leber nach Unten und Innen.

Beim Herausnehmen der Leber zeigt sich ein grosser Theil des rechten Leberlappens mit dem Zwerchfell so fest verwachsen, dass eine Trennung unmöglich ist.

Das *Ligamentum suspensorium* ist fast 1 cm. dick, ausserordentlich fettreich.

Die *Vena cava inferior* verläuft tief in Lebermasse eingebettet und zeigt oberhalb der Leber einen Knick nach Vorn, unterhalb derselben einen solchen nach Hinten. Einige in die *Vena cava* einmündende Lebervenen sind auffallend weit.

Die Brücke von Lebergewebe, welche den *Ductus venosus* überbrückt ist auffallend massiv entwickelt.

Die Leber erweist sich als Fettleber;*) ihr Gewicht betrug — frisch der Leiche entnommen — neun Pfund (4½ Kilo). Der Querdurchmesser 15 Zoll (32 cm.), derjenige von Oben nach Unten 7½ Zoll (18 cm).

Thorax: Auf dem Herzbeutel viel Fett. Die rechte Lunge reicht bis nahe an die Mittellinie, die linke dagegen zieht sich gut zurück.

Das Pericardium ist verdickt und enthält eine geringe Menge Flüssigkeit (1 Unze).

Das Herz ist vergrössert; in der Muskulatur des rechten Herzens sehr viel Fett. Das Ventrikelfleisch ist grau und matschig; enthält Gerinnsel, sog. Herzpolypen.

Mitralisklappen an den Rändern schwach verdickt.

Eine der Aortenklappen ist gefenstert.

Pulmonalklappen normal.

Die Intima beider (A. und P.) ist gelblich verfärbt.

Die rechte Lunge ist nicht mit der Pleura verwachsen, von dunkelblauer Farbe, knistert; ist auf Schnitten sehr blutreich und entleert eine schaumig-eitrige Flüssigkeit. Schleimhaut der grösseren Bronchien katarrhalisch injizirt. Lymphdrüsen stark vergrössert und pigmentirt.

Die linke Lunge ist an der ganzen hinteren Fläche verwachsen, doch leicht zu lösen. Ist sehr derb und enthält einige kleinere emphysematische Herde. Der obere und der untere Lappen sind durch ein pleuritisches Band mit einander verwachsen. Der Schnitt zeigt dieselben Erscheinungen wie der in die rechte Lunge.

Die Milz ist gross, blauroth von Farbe; Pulpa braun und wenig matschig.

Die linke Niere liegt in einer grossen Fettmasse, ist gelappt mit narbigen Einziehungen. Kapsel dünn und zart, leicht abziehbar, nur in den Sulci haftend. Schnitt blutreich, braun. *Cortex medullaris* leicht gefärbt; Glomeruli nicht zu erkennen.

*) Durch Dr. Tiegel's mikroskopische Untersuchung bestätigt.

Die rechte Niere wie die linke.

Diagnose: Hepar adiposum, Oedema pulmonum.

Der Fall ist aus folgenden Gründen interessant:

1. Wegen der bedeutenden Vergrösserung des erkrankten Organes,

2. Wegen der geringen Beschwerden, welche die grosse Leber dem Patienten während der letzten Jahre seines Lebens gemacht und

3. Wegen der verhältnissmässig so kurzen Dauer der letzten Erkrankung, welche fünf Tage nachdem er sich gelegt, zum Tode führte.

Dr. Geo. W. Rachel.

Hefe als Antiseptikum.*

Vor wenigen Tagen erfuhr ich zufällig, dass deutsche Blätter die Nachricht gebracht hätten, es sei der Gedanke aufgetaucht, die Cholera mit Bier zu behandeln. Ich weiss nicht, ob auch die Nachricht richtig, Herr Geheimrath Dr. Koch habe der Idee beigepflichtet.

Gleichzeitig fand ich in der Deutschen Medizinal-Zeitung, No. 83, pag. 922, eine Veröffentlichung von Simanowski über die Gesundheitsschädlichkeit hefiger Biere. Beides veranlasst mich zu folgenden Mittheilungen:

Schon in den Jahren 1853–54 hatte ich als Arzt der Strafanstalt Ratibor die Wahrnehmung gemacht — und zwar in mehr als 400 Fällen — dass reine Bierhefe den Skorbut in ungewöhnlich kurzer Zeit heile, und dass ihre Anwendung weder eine Gefahr, noch die geringsten unangenehmen Nebenwirkungen involvire.

Im Jahre 1866 machte ich mit dem nämlichen Mittel Versuche bei Cholerakranken und zwar mit besserem Erfolge als mit jeder anderen der bekannten Kurmethoden.

Am 22. Juli 1884 theilte ich dies Herrn Geheimrath Dr. Koch in Berlin mit und sprach die Uberzeugung aus, dass der Hefepilz ein Antagonist der Kommabacillen und der muthmasslich dem Skorbut zu Grunde liegenden Mikrobien sein könne, und dass wir in diesem Stoff wahrscheinlich ein Mittel besässen, welches, ohne dem menschlichen Organismus zu schaden, anderen, namentlich den genannten Bakterien, den Nährboden entziehe.

Dieser Mittheilung fügte ich die Bitte an Herrn Geheimrath Koch bei, seine Autorität für die weitere Entwickelung meiner Idee zum Wohle der Menschheit einzusetzen. Eine Abweisung ist mir ebensowenig geworden, wie eine Aeuserung über die Brauchbarkeit der Idee.

Obgleich das für mich nicht gerade ermuthigend war, habe ich die einmal gemachten Erfahrungen auf dem beschränkten Felde meiner Thätigkeit weiter verfolgt und finde mich nunmehr berechtigt, folgendes zu veröffentlichen:

1. Die Hefe ist wahrscheinlich ein mächtiges Heilmittel bei Infektionskrankheiten; beim Skorbut und der Purpura ist sie es unbestreitbar.

2. In mehreren Fällen weit vorgeschrittener Lungentuberkulose sah ich heftiges Fieber durch ihre Anwendung schwinden und einen nachweisbaren Stillstand der Verdichtung des Lungengewebes eintreten, der bereits mehrere Monate dauert.

3. Der Gebrauch der Hefe ist vollkomen unbedenklich; Dosen bis zu 2 Liter pro Tag werden ohne die geringste üble Wirkung vertragen.

---

*) Aus der *D. Med. Zeitung*, No. 95, 1886.

4. Das Mittel wird fast von allen Kranken gern genommen und ersetzt ihnen den Genuss von Milch etc.

5. Durch seine leichte Assimilirbarkeit wird es zu einem Nahrungsmittel.

Nachdem ich zunächst die äussert günstige Verwendbarkeit der Hefe soweit nachgewiesen habe, dass ich jede Verantwortung für weitere Versuche übernehmen kann, so entnehme ich meinen bisherigen Erfolgen das Recht, diejenigen zu weiteren Versuchen aufzufordern, denen Gelegenheit geboten ist, Infektionskrankheiten zu behandeln, ohne dass sie durch Rücksichten beengt sind.

Wir stehen der täglich häufiger auftretenden Diphtherie etc. etc. noch fast völlig ungerüstet gegenüber: Wo Versuche mit Pilokarpin etc. erlaubt waren, da dürfen wir es auch mit einem absolut unschädlichen Stoffe wagen, dessen Anwendung wohl mehr als den Schein einer rationellen Begründung für sich hat.

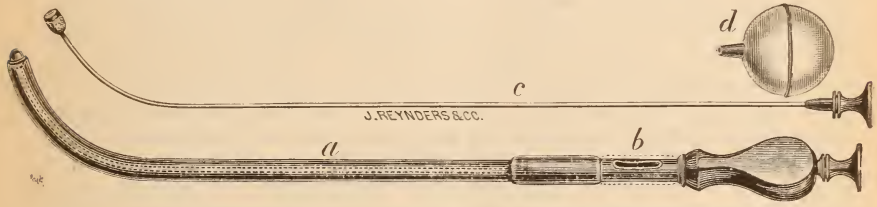
In Bezug auf die Simanowski'sche Veröffentlichnng bemerke ich nur, dass ich es, nach den eben Gesagten, nicht für gerechtfertigt halten kann, die Schädlichkeit hefigen Bieres für die Gesundheit von der Hefe abzuleiten. Dr. Heer, S. R. & K. P.

Ratibor, den 7. November 1886.

Ein Pulver-Applikator für die Harnröhre.

Von Dr. C. Waechter, New York.

Die günstige Wirkung, welche man bei erkrankten Schleimhäuten durch Behandlung mit Medikamenten in Pulverform erzielt, veranlasste mich, dieselbe Methode bei chronischen Erkrankungen der Harnröhre (Gonorrhöe, Prostatitis etc.) zu versuchen. Bekanntlich sind



manche Fälle recht schwer zu heilen, weil die erkrankte Stelle auch bei chronischer Gonorrhöe — gewöhnlich die *Pars prostatica* — durch die üblichen Einspritzungen nicht erreicht wird, oder weil Patient die Vorschriften des Arztes nicht befolgt (Spirituosen, Coitus etc.).

Meistens gelingt es durch Sonden, tiefe Einspritzungen, Sitzbäder, zweckentsprechende Diät und Alkalien innerlich Heilung zu erzielen; will jedoch der Ausfluss nicht bald aufhören, so wende ich jetzt einen Pulver-Applikator an, mit dem recht günstige Resultate erzielt werden.

Nachdem der Patient die Blase entleert, wird das Instrument — aus Hart-Gummi bestehend — bis zur *Pars prostatica* eingeführt, das Stilett herausgezogen, etwas Pulver bei *b* eingefüllt, und mit der Sonde *c* durchgeschoben. Für die *Pars membranacea* kann man den Gummiballen *d* auch wie einen Pulverbläser benutzen.

Von den versuchten Mitteln wie *Bismuth. subcarb.*, *Jodoform*, *Acid. borac.*, *Acid. tannic.*, *Zinc. oxyd.* etc. ziehe ich das erstere vor, setze jedoch etwas Amylum hinzu, damit es sich leichter durch den Applikator schieben lässt.

Die Herren J. Reynders & Co. haben sich bemüht, das Instrument nach Wunsch anzufertigen. 220 Ost 10. Strasse.

REFERATE.

Ein Fall von Pylephlebitis suppurativa, der von der Magenschleimhaut als eine akute Infektion seinen Ausgangspunkt genommen hat. Von Dr. S. Laache — Christiania. (*C.-Bl. f. kl. Med.*; 1886, Nov. 20.)

Ein 24jähriger Mediziner, der früher nie wesentlich krank gewesen, bekam unmittelbar nach dem Trinken von ziemlich viel Eiswasser einen starken Schüttelfrost mit nachfolgenden gewöhnlichen Fiebererscheinungen. Tags darauf traten wiederholtes gallgefärbtes Erbrechen und wässerige Stühle ein. Auf Subnitr. bism. mit Opium besserte sich der Zustand vorübergehend. 6 Tage später zeigte sich Ikterus und wiederholtes Nasenbluten. Die Leber war stark vergrössert, die Gallenblasengegend sehr empfindlich. Urin eiweissfrei; nach einer Wassereingiessung in's Rektum entleerten sich deutlich braungefärbte Exkrementklümpchen. Einige Tage später sehr kopiöses wässeriges Erbrechen (8—10 Liter), Singultus, welche bis zum Tode anhielten. Das Erbrochene war zuletzt ganz schwarz und verbreitete einen intensiven sauren Geruch. Bewusstsein nicht getrübt. Am 16. Tage der Erkrankung starb der Patient. Sektion ergab eine den Pfortaderstamm ausfüllende Thrombenmasse; die vergrösserte Leber an ihrer Oberfläche mit zahlreichen Abszessen versehen; das Epithel der Magenschleimhaut in grosser Ausdehnung abgeschilfert, von kapillaren Blutungen durchsetzt, die längs der grossen Kurvatur verlaufende *Vena gastro-epiploica* mit einer Thrombenmasse ausgefüllt. Auch im unteren Theil des Ileums war die Schleimhaut ähnlich abgeschilfert. Die Milz normal. Die Infektion hat also durch die exkoriirte Magenschleimhaut (möglicherweise auch durch das Ileum) wie durch eine offene Wunde stattgefunden. Die Aehnlichkeit mit einer puerperalen Entzündung der Uterinvenen mit konsekutiver Abszessbildung der Umgebung und Ausgangspunkt an der Plazentarstelle ist in die Augen fallend. Die Krankheit begann wie eine echte Infektion mit einem Schüttelfroste; im Verlaufe fehlten aber Frostanfälle ganz; die Temperaturen waren nicht sehr hoch (39, 38·5, selbst 36·7 C.), die Milz sonderbarerweise nicht geschwellt. Verf. frägt, ob das angeführte ätiologische Moment, das Trinken von Eiswasser, als Krankheitsursache zu acceptiren sei, und glaubt, dass ebenso, wie zu warme Speisen unter gewissen Umständen Substanzverluste in der Magenschleimhaut hervorrufen können, dies mitunter auch für zu kalte Sachen gelten kann. Dann ist die schützende Epitheldecke abgestossen und die Wege zum Innern des Organismus sind offen gelegt.

San.-Rath Hertzka — Carlsbad i. B.

Zur Diagnostik und Therapie der perforativen Peritonitis. — Von Prof. E. Wagner in Leipzig. — *D. Arch. f. klin. Med.* 1886, 39. Bd., 1. H. — II. Dr. Plenio in Elbing. — *Ibidem* 39. Bd., 6. H.

Die operative Behandlung gewisser Fälle von Perforationsperitonitis ist allein geeignet, das Leben des Kranken zu erhalten, und ist es von besonderer Wichtigkeit, den richtigen Zeitmoment der Operation nicht

zu verabsäumen. Einen solchen Fall schildert W., hebt besonders die Wichtigkeit einer richtigen Diagnose hervor und macht besonders auf den Unterschied zwischen peritonealem und intestinalem Meteorismus aufmerksam. In derartigen Fällen kommen drei verschiedene Zustände in Betracht, die auch eine andere Behandlung in sich schliessen:

1. Akuter Meteorismus, bedingt durch Auftreibung von Dünn- und Dickdarm oder eines von beiden;
2. Freie Luft im Bauchfellsack und
3. Kombination von 1 und 2.

Während in einzelnen Fällen die Diagnose sehr leicht, ist sie in anderen sehr schwer oder unmöglich. Wagner weist auf die Unzulänglichkeit verschiedener Merkmale hin und hebt hervor, dass bei peritonealem Meteorismus der Mangel jeder fühl-, hör- und sichtbaren Darmbewegung von Wichtigkeit sei; ausserdem sei das leise Befühlen, Betrachten und Auskultiren eine den Kranken weniger belästigende Manipulation als die nicht unzweifelhafte Perkussion, Succussion, Lagewechselung etc. Die Wirkung der Probepunktion, die man ja vorausschicken kann, ist in derartigen Fällen nur von kurzer Dauer, die Möglichkeit einer Naturheilung so gut wie ausgeschlossen; es tritt hier der Bauchschnitt allein in sein Recht.

Im Oktoberheft derselben Zeitschrift theilt mit Beziehung auf die Wagner'sche Publikation Dr. Plenio einen ganz ähnlichen, sehr interessanten Fall einer Perforationsperitonitis mit; auch er machte zur besseren Begründung seiner Diagnose eine Kapillarpunktion, deren Ergebniss die Annahme einer circumscripten Perforationsperitonitis mit Bildung von Exsudat und ebenso circumscriptem peritonealen Meteorismus nur erhöhte. Sie hatte als Inhalt fötidriechende Gase und eine kothig riechende, dickliche, dunkelbraune Flüssigkeit — von der in das Lumen der feinen Kanüle nur etwa ein halber Tropfen aspirirt worden war — ergeben. Deshalb entschloss er sich zur breiten Eröffnung der Höhle durch Schnitt, entleerte die aus Speisetheilen und Eitermengen zusammengesetzte, stark fötidriechende Flüssigkeitsmenge, desinfizirte vorsichtig mit Carbollösung, legte einen Tampon von jodoformirter Sublimatgaze ein und wechselte täglich den Verband, und so genass der Kranke mit stark eingezogener Narbe. Pat. befolgte jedoch nicht die Weisungen und erkrankte sechs Monate später unter *Miserere*-Erscheinungen. Plenio legte einen *Anus praeternaturalis* an, wobei er im Gewebe eingebettet eine grössere Anzahl Kirschsteine und Apfelsinenkerne fand — doch kollabirte der Kranke zusehends und war des anderen Morgens todt. Auch hier war in diagnostischer Beziehung das Fehlen jedes bemerkbaren Zeichens von Peristaltik charakteristisch für das Vorhandensein einer Luftschicht zwischen Bauchwand und Darmtraktus, mag dieselbe nun die ganze Abdominalfläche einnehmen oder, wie hier, auf einen mehr oder weniger grossen Bezirk beschränkt sein; man wird sehr wohl diesen Umstand als Symptom des abgekapselten peritonealen Meteorismus, sobald er nur eine gewisse Grösse erreicht hat, verwerthen können; das zufällige, nebenhergehende Bestehen eines intestinalen Meteorismus wird, wenigstens solange die Darmmuskulatur noch nicht paralytisch geworden, die Diagnose, wie hier, wesentlich erleichtern. Auch in prognostischer Beziehung ist dieser Fall nicht unwichtig, indem er darthut, welche Gefahren selbst bei glatter Heilung eines nach Perforation entstandenen abgekapselten Peritonealabszesses drohen können.

San.-Rath E. Hertzka — Carlsbad i. B.

B. Robinson. — A Contribution to the study of Hay-fever (so-called). — *Medical News*, July 17, 1886.

R. tritt in sechs kurzen Betrachtungen der Ansicht jener Autoren entgegen, welche ein Nasenleiden immer als hauptsächliches oder sogar ausschliessliches Moment für Heufieber betrachten. Es ist unrichtig zu behaupten, dass ohne ausgesprochene Nasenerkrankung kein Heufieber existire, und durch alleinige Behandlung der Nase die Krankheit immer verhütet oder geheilt werden könne. R. drückt den Wunsch aus, dass man die Grenze nicht überschreiten möge und dass man nicht jeden Heufieberkranken aus diesem Grunde zum Gegenstande einer eingreifenden und andauernden nasalen Behandlung mache.

Dr. Gleitsmann.

A. Gouguenheim. — Un cas de paralysie dite des crico-aryténoidiens postérieurs; Trachéotomie; Tuberculose pulmonaire consécutive; Mort quinze mois après l'opération; Autopsie. — *Rev. d. Laryng.*, September 1886.

Die Krankengeschichte und Verlauf sind im Titel enthalten. Zu bemerken ist, dass während der Chloroformnarkose bei der Tracheotomie die Respiration leichter und weniger geräuschvoll war. Die Sektion zeigte fast normalen Larynx, Ulcerationen bloss an den Stimmbändern, Infiltration der peritrachealen und der Cervicalganglien; die mikroskopische Untersuchung ergab trotz der langen Krankheitsdauer normalen Zustand der Abduktoren. Dieser Befund, die Erleichterung der Respiration während der Chloroformnarkose, das Auftreten von Larynxspasmus bei anderen Krankheiten geben in der Epikrise G. Veranlassung, sich als Gegner der Semon'schen Ansicht von Abduktorparese zu bekennen, und den Symptomenkomplex mit Krause und Anderen als Adduktorenkrampf anzusehen.

Dr. Gl.

D. S. Reynolds.—Tuberculosis of the upper air-passages. — *New Orleans Medical und Surgical Journal*; August, 1886.

Fünf Krankengeschichten — ein Fall von isolirter Schleimhautabschielferung im Pharynx, ein zweiter von zähem Sekret im Pharynx, ein dritter mit solchem in der Nase, zwei weitere mit eitrigem Ohrenfluss — in denen allen R. angiebt, Tuberkelbacillen nachgewiesen zu haben, — besserten sich oder heilten vollständig bei Sublimatgebrauch innerlich und als Spray von 2 gr. auf 1 Pint Wasser und 1 Drachme Salz.

Dr. Gl.

Listerine. Under the Microscope. St. Louis, Mo., 1887. Lambert Pharmacal Co. Das Bändchen enthält Tabellen, welche die Wirksamkeit von Listerine im Vergleiche zur Karbolsäure zeigen, Berichte von Zahnärzten, Artikel und Auszüge von Artikeln, sowie Kopien von ärztlichen Briefen, endlich genaue Formeln für den Gebrauch des Stoffes. Das Buch wird von den Verlegern auf Verlangen gratis versandt.

Dietetic Annual for 1887, Wells, Richardson & Co., Burlington, Vt. Im Interesse der Fabrikanten des "Lactated Food" herausgegeben, enthält dieser Almanach sehr werthvolle Angaben über Gebrauch und Wirkung dieses künstlichen Nahrungsmittels, welche jedenfalls lesenswerth sind. Ausserdem bringt das "Annual" anderweitigen interessanten Lesestoff.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK.

Erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen.

Die diätetische und medikamentöse Behandlung des Krebses.

Trotzdem schon mehr wie ein Jahrzehnt verflossen ist, seit Prof. F. W. Beneke (Marburg) seine erste Arbeit*) über die diätetische Behandlung des Carcinoms veröffentlichte, so ist doch der von ihm vorgezeichnete Weg nicht in so ausgedehntem Maasse beschritten worden, wie es bei diesem fürchterlichen Leiden zu vermuthen wäre. Denn es ist ja leider nur zu wahr, dass nur eine verschwindend kleine Zahl von operablen Carcinomen nach der Operation gar nicht oder erst nach mehreren Jahren wiederkehren. Der Wunsch und das Streben, dieser „krebsigen Diathese" durch innerliche Mittel beizukommen, ist daher durchaus berechtigt und verdient die volle Aufmerksamkeit der Mediziner.

Von allen medikamentösen Einwirkungen ist es eigentlich nur diejenige des Terpentins, welche bis jetzt noch einiges Vertrauen geniesst; alle anderen, zu Zeiten viel gepriesenen Heilmittel (Condurango, Arsenik, Leberthran, Chlorkali etc.) sind beinahe oder ganz verlassen worden. Der Umstand, dass bei Carcinomen Spontanheilungen unzweifelhaft beobachtet worden sind †) und dass auch andere Geschwülste, wie Lymphome und Syphilome, durch den Gebrauch innerlicher Mittel zum Schwinden gebracht werden können, ist eine Stütze dieses therapeutischen Strebens.

Beneke hat sich das grosse Verdienst erworben, von physiologischen Erwägungen ausgehend, zuerst etwas Licht in das Dunkel zu bringen, in welches die Pathologie des Carcinoms bisher gehüllt war.

Die vom Krebs befallenen Individuen sind nach B. fast stets von ursprünglich kräftiger Körperentwickelung; bei weiten arteriellen Gefässen und verhältnissmässig kleinen Lungen haben sie eine grosse, reichlich funktionirende Leber. In ihren Säften herscht ein besonderer

*) Zur Pathologie und Therapie der Carcinome; *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, Bd. XV., S. 538 (1875).

†) Durch Gangrän, nach Hemiplegie, während heftiger Anfälle von Ruhr oder einfachen Diarrhöen.

Reichthum an phosphorsauren Alkalien und Erdsalzen vor, ebenso an Cholestearin und Lecithin, vielleicht auch ein pathologisches Plus von Albuminaten.

Deshalb fordert B. für die an Carcinosis Leidenden eine an Stickstoff und phosphorsauren Salzen möglichst arme Kost, um der malignen Neubildung entgegenzutreten; damit wird zugleich der überreichlichen Gallenbildung (Cholestearin und Lecithin) entgegengetreten. Also: Eine stickstoffarme, vorzugsweise vegetabilische Nahrung (Vermeidung von Fleisch- und Eierspeisen), verbunden mit dem Gebrauche von Carlsbader oder Marienbader Wasser — das ist die Beneke'sche Diät, welche dann auch noch mit der Darreichung von Terpentin verknüpft werden kann, wie dies in einer späteren Arbeit ‡) von ihm angerathen wurde. Das Chiosterpentin, welches zuerst von Clay §) dafür empfohlen wurde, soll das geeignetste sein.

Auf Grund der Veröffentlichung einiger durch diese Therapie günstig beeinflusster Fälle hat nun Dr. Hermann Jacubasch (Badearzt in St. Andreasberg im Harz) die Anwendung derselben bei drei Fällen von Carcinom der Brustdrüse versucht, über die er in einer interessanten Arbeit: Zur Behandlung des Krebses*), berichtet. Wenn nun auch keine definitive Heilung erzielt wurde, so lässt sich doch eine äusserst günstige Beeinflussung des örtlichen Leidens, sowie namentlich des Allgemeinbefindens nicht in Abrede stellen. Die Krebsknoten, sowie die infiltrirten Drüsen verkleinerten sich und die ulzerirenden Flächen verheilten entweder ganz oder doch beinahe, und das vorher kopiöse und übelriechende Sekret wurde spärlich und gutartig. In einem Falle (II.) stiess sich sogar der zentrale Rest des grössten Krebsknotens *in toto* ab, „so dass die Muskelbündel des *Pectoralis major* wie präparirt blosslagen."

Ausser Beneke'scher Diät und innerlicher Darreichung von Terpentin (5 Tropfen dreimal täglich in Kapseln) wandte Jakubasch das letztere auch lokal an, einestheils im Verbande der Geschwüre und anderentheils durch Einreibung in die benachbarte Haut.

J. ist der Ueberzeugung, dass diese Behandlungsmethode in der ausgiebigsten Weise versucht werden sollte, da sein früher sehr starker Skeptizismus durch seine Erfahrungen in das entschiedenste Gegentheil umgeschlagen ist. In der Epikrise weist er darauf hin, dass die von Beneke hervorgehobenen Veränderungen in der Mischung der protoplasmatischen Gewebs-Säfte bereits vielseitig bestätigt worden sind. (Der Fibringehalt des Blutes ist z. B. nach Gorup-Besanez bei „Krebsdyskrasie" bedeutend erhöht und die Galle relativ wasserreich, resp.

‡) Zur Behandlung der Carcinome; *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1880; S. 145.

§) *London Lancet*, 27. März, 1880. S. auch: Pelz. Das Chiosterpentin; *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1880; S. 611.

*) *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1886 ; S. 861—864.

arm an festen Stoffen.) Sind nun diese Veränderungen konstant, „so müsste doch eine Heilung des Krebses möglich sein, sobald es uns gelänge, den pathologischen Ueberschuss der genannten Stoffe dauernd zu beseitigen, resp. ein Ueberwiegen der Alkalien künstlich herbeizuführen."

Die Zahl der Krebsfälle bei Pflanzenfressern ist nach Prof. Schuetz (Berlin) auch nicht annähernd so gross wie beim Menschen : immerhin ein Hinweis darauf, dass bei Carcinosis die überwiegend vegetabilische Nahrung, wie sie Beneke *) zuerst vorgezeichnet, geboten ist.

Professor Schroeder's letzte Krankheit.

Vor etwa fünf Jahren hatte sich Schroeder bei einer Operation eine schwere septische Infektion am Auge mit nachfolgender Pneumonie zugezogen, von welcher er sich scheinbar vollständig erholt hatte. Erst im November vorigen Jahres trat wieder ein besorgnisserregender Krankheitszustand auf, welcher jedoch bald wieder vorüberging. Als S. jedoch in der letzten Woche des Januar von Neuem erkrankte, stellten die behandelnden Aerzte (Leyden, Gerhardt und Westphal) sehr bald die Diagnose auf eine schwere Gehirnaffektion. Nach 14 Tagen (am 7. Februar) trat der Tod ein.

Bei der von Virchow und Westphal ausgeführten Sektion stellte es sich heraus, dass es sich um einen etwa wallnussgrossen, eingekapselten Abszess im rechten Hinterhauptslappen — im hinteren Theile des Fornix — handelte, welcher zuletzt nach dem Seiten-Ventrikel durchgebrochen war und hier eine heftige Blutung und eine bis in die Tiefe sich erstreckende Entzündung verursacht hatte, welche schliesslich zum Tode führte. Dass die Existenz des Abszesses sich nicht über Jahre erstreckte, bewies das Vorhandensein von noch frischen Eiterkörperchen.

Ausserdem fand sich im Mediastinum neben der rechten Lunge und unterhalb der Wurzel derselben eine kleinere, mit Eiter gefüllte Höhle, eingebettet in eine längliche, harte, nach allen Seiten hin verwachsene Anschwellung, welche auf dem Durchschnitte sich als aus fibrösem Gewebe zusammengesetzt erwies. Dieser dem Inhalte nach ältere Abszess kommunizirte durch einen äusserst feinen Kanal mit dem Oesophagus. Die Lungen selbst waren dagegen vollkommen frei und so gesund, wie sie Virchow in seiner Sektionspraxis seit Jahren nicht mehr beobachtet hat. Von Tuberkulose war keine Spur vorhanden.

Die *Deutsche Medizinal-Zeitung*, welcher wir diesen Bericht im Wesentlichen entnehmen, schliesst mit folgenden Worten :

„Dass die erste Infektion vor fünf Jahren vom Auge her durch Ueber-
„tragung von putridem Eiter erfolgt sei (wie Schroeder selbst bestimmt
„annahm), erscheint höchst unwahrscheinlich, vielmehr war auch Herr
„Prof. Schweigger damals der festen Ueberzeugung, dass es sich um

*) Detaillirte Angaben werden wir in nächster Nummer bringen.

„eine einfache Konjunktivitis gehandelt hat. Immerhin enthält der „überaus traurige Fall manches Unaufgeklärte und Räthselhafte."

Vielleicht werden spätere Berichte Aufklärung bringen.

Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht.

Den neuesten Beitrag zu der so überaus reichen Literatur über diesen Gegenstand hat Dr. Herrmann Brehmer geliefert. Dieses 360 Seiten starke Werk*) darf als das Erfahrungsresultat des umsichtigen Gründers und Leiters der Heilanstalt zu Görbersdorf in Schlesien gelten.

Brehmer hat die Genugthuung gehabt, dass seine auf rationelle Prinzipien begründete Theorie trotz aller Einwürfe seiner Gegner die eklatantesten Erfolge in Bezug auf Heilung der Schwindsucht ermöglicht hat. Seinen Anschauungen über die Aetiologie der Krankheit folgend, hat er zuerst die Behandlung der Kranken in geschlossenen Anstalten, welche an einsam gelegenen Orten zu errichten sind, befürwortet und ist auf diesem Gebiete nicht nur die grösste Autorität, sondern auch der erfolgreichste Arzt geworden.

Sein hochinteressantes Werk verdient eine ausführliche Besprechung, zumal, da es sich wie eine erfrischende Oase in der gegenwärtig landesüblichen Phthisis-Literatur ausnimmt, die mit wenigen Ausnahmen im Bacillus-Tödten das Alpha und das Omega aller Schwindsuchts-Therapie erblickt. Siehe nur den Vorschlag eines Moskauer Arztes, die Bacillen mit Anilin zu tödten!

Der sechste Congress für innere Medizin findet vom 13. bis 16. April 1887 zu Wiesbaden statt. Das Präsidium desselben übernimmt Herr Leyden (Berlin). Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Mittwoch, den 13. April: „Die Therapie der Phthisis." Referenten: Herr Dettweiler (Falkenstein) und Herr Penzoldt (Erlangen). — Donnerstag, den 14. April: „Ueber die Lokalisation der Gehirnkrankheiten." Referenten: Herr Nothnagel (Wien) und Herr Naunyn (Königsberg). — Freitag, den 15. April: „Ueber die Pathologie und Therapie des Keuchhustens." Referenten: Herr A. Vogel (München) und Herr Hagenbach (Basel). Ferner sind folgende Vorträge angemeldet: Herr Lichtheim (Bern): „Zur Kenntniss der perniciösen Anämie." Herr Rindfleisch (Würzburg): „Zur pathologischen Anatomie der *Tabes dorsalis*." — Herr Unverricht (Jena): „Ueber experimentelle Epilepsie." — Herr Rossbach (Jena): „Ueber die physiologische Bedeutung der aus den Tonsillen und Zungenbalgdrüsen auswandernden Leukocythen." — Derselbe: „Ueber Chylurie." — Derselbe: „Ueber einen Athmungsstuhl für Emphysematiker und Asthmatiker."

*) Soeben erschienen im Verlage von J. F. Bergmann in Wiesbaden und uns durch die Freundlichkeit eines hiesigen Collegen zur Verfügung gestellt, dem es der Verf. zugesandt.

Wir erlauben uns, die Aufmerksamkeit unserer Leser auf die an anderer Stelle abgedruckte Berliner Correspondenz zu lenken. Herr Dr. Marcuse, Assistent an der Poliklinik des Hrn. Dr. Adolf Baginskie wird auch in Zukunft den Lesern der "Presse" über die wichtigsten Ereignisse auf medizinischem Gebiete in der Reichshauptstadt berichten; wir freuen uns, dies mittheilen zu können, und sprechen unserm geehrten Correspondenten für seine ersten interessanten Mittheilungen unsern besten Dank aus.

† Carl Schroeder. †

Die Nachricht von dem Tode des grossen Berliner Gynäkologen und Geburtshelfers hat, wie in Europa, so auch hier in Amerika auf das Schmerzlichste überrascht. Im schönsten Mannesalter (49 Jahre), nach einer verhältnissmässig kurzen, nur wenige Wochen währenden Krankheit wurde Professor Dr. Carl Schroeder unerwartet dahingerafft.

Sein Name war wohl einer der weitest bekannten und höchst geachteten in der ganzen zivilisirten Welt, und wenn derselbe auch nicht direkt mit irgend einer der grösseren Operationen auf den von ihm kultivirten Gebieten verknüpft ist, so hat er sich doch durch Verbesserung der Antiseptik und der Technik, insbesondere bei Laparaotmieen, auf operativem Gebiete ebenso bahnbrechend erwiesen, wie durch Verbesserung der Therapie in der Gynäkologie.

Mehr aber noch als wie auf literarischem, sowie auf praktischem Gebiete, leistete er als medizinischer Lehrer. Man sagt nicht zu viel, wenn man ihn zu den bedeutendsten Klinikern unserer, ja vielleicht aller Zeiten rechnet.

Prägnante Darstellung und scharfe Logik bei der Deduktion der Diagnose und Therapie verbanden sich bei ihm mit einer herrlichen Rednergabe, welche die Zuhörer mächtig anzuregen verstand. Seine Schüler, deren Zahl in stetem Wachsen begriffen, sind in aller Herren Länder zu finden und überall wird Schroeder's Tod jedem Mediziner, der es mit dem Studium seiner Wissenschaft Ernst meint, mit tiefer Trauer erfüllen.

Correspondenzen.

Berlin, im Februar 1887.

Der erste Monat des neuen Jahres fand die *Berliner Medizinische Gesellschaft* wieder in vollster Thätigkeit. Fürwahr eine glänzende, und nicht nur eine glänzende, sondern auch eine in ihrem innersten Kern gesunde Arbeitsgenossenschaft, in deren Mitgliedern sich eine herzerquickende Freudigkeit des Lehrens und des Lernens kundgiebt. Ihre werthvollste Eigenschaft besitzt die *Medizinische Gesellschaft* in ihrem encyclopädischen Charakter, durch den sie den Mittelpunkt bildet, in welchem sich alle Spezialfächer der medizinischen Wissenschaft wieder zusammenfinden. Sie repräsentirt die Einheitlichkeit der gesammten Medizin.

In einer Stadt, die, wie Berlin, 1500 ansässige Aerzte hat, in deren Mauern aus aller Herren Ländern diesseits und jenseits des Oceans Hunderte von Gelehrten und Praktikern zusammenströmen, um zu sehen, zu hören und unter bewährter Leitung selbst zu schaffen; in einer Stadt, in der jedes Spezialgebiet der Medizin ausser seinem hervorragendsten Vertreter eine mehr weniger grosse Zahl strebsamer und begabter Mitarbeiter besitzt, muss natürlich das Bedürfniss nach Vereinigungen vorhanden sein, in welchen die Fachgenossen sich zur Pflege ihres Spezialgebietes zusammenfinden, um in einem schneller zum Ziele führenden, weil auf ein enger begrenztes Gebiet gerichteten Wirken miteinander thätig zu sein. So haben wir eine "*Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*", die sich unter Leitung unseres vor kurzer Zeit leider von uns geschiedenen Karl Schröder mit glänzendem Erfolge an dem internationalen Konkurrenzwettlaufen der Vertreter dieses seit Beginn der antiseptischen Zeitrechnung in unaufhaltsamem siegreichen Vordringen begriffenen Zweiges der operativen Medizin betheiligt. Wir besitzen eine "*Gesellschaft für Heilkunde*," an deren Spitze der geniale Liebreich steht und zu deren Mitgliedern auch Gerhardt, der Direktor der zweiten medizinischen Klinik, gehört. Der berühmte Arzt und Gelehrte hielt am 3. d. M. dort einen Vortrag über die Erkrankungen der Gehirnarterien, in welchem er u. a. interessanten Bemerkungen darauf hinwies, dass beim Aneurysma der *Arteria vertebralis* in einzelnen Fällen mittelst des zwischen *Processus mastoideus* und dem dicken Wulst der Nackenmuskeln aufgesetzten Stethoskops ein systolisches Arteriengeräusch gehört worden sei, welches möglicherweise für die Diagnose dieser Erkrankung *intra vitam* eine grössere Bedeutung erlangen könne. Die Psychiater und Neurologen schaaren sich um Westphal zu gemeinsamer, glücklicher Arbeit. Auch jene beiden grossen Gebiete, welche in ihrer Verbindung eigentlich die Medizin darstellen, die innere Medizin und die Chirurgie, haben ihre besonderen Gesellschaften. Der "*Verein für Innere Medizin*", welcher sich vor einigen Jahren von der *Medizinischen Gesellschaft* abzweigte, zählt jetzt nicht weniger als 250 Mitglieder. Dass seine Thätigkeit eine fruchtbringende ist, dafür bürgt der Name seines Begründers und Leiters, Ernst Leyden's, dessen unermüdlicher Fleiss und humane Bestrebungen in der Ausbildung der Krankenbehandlung und der exaktesten Krankenpflege den Arbeiten des *Vereins* ihr eigenartiges Gepräge aufdrücken. Erst seit einigen Monaten haben sich auch die Chirurgen Berlin's zu einer Vereinigung zusammengefunden, deren Häupter Ernst von Bergmann, Bardeleben, Küster, James Israel, von Adelmann, Gurlt, Sonnenberg, J. Wolff, Bartels, E. Hahn, Langenbuch

und Rose sind. Originell ist die Art und Weise, in der die Chirurgen ihr Programm zur Ausführung gebracht haben. Sie bilden keine Gesellschaft mit ständigen Mitgliedern, sondern eine freie Vereinigung aller Aerzte, welche Antheil an den Bestrebungen und Fortschritten der Chirurgie nehmen. Einem Jeden steht der Besuch der Sitzungen frei; jeder, der kommt, ist Mitglied. Auch ein bestimmter Versammlungsort besteht nicht. Nach der Reihenfolge des Alphabets trifft einen der oben genannten hervorragenden Chirurgen, welche die Vereinigung repräsentiren, die Aufgabe, das nöthige Arbeitsmaterial zu beschaffen, die Tagesordnung vorzubereiten und eventuell auch den Sitzungssaal herzurichten — welcher natürlich möglichst an der Stätte der Wirksamkeit des betreffenden Herrn Leiters gewählt wird. Die freie chirurgische Vereinigung, welche ihre Zusammenkünfte in vierwöchentlichen Zwischenräumen stattfinden lässt, hat sich bereits als lebensfähig erwiesen; es ist daher zu wünschen, dass das Gewölk, welches sich, der jungen Körperschaft Gefahr drohend, in Gestalt einer sehr erregten, mit persönlichen Angriffen gespickten Diskussion in der letzten Sitzung zusammenballte, sich zerstreuen, nicht aber durch die Unversöhnlichkeit der Geister verfinstern und in einem Unwetter entladen möge.

Die Stellung, welche alle diese einzelnen Spezialgesellschaften der medizinischen Gesellschaft gegenüber einnehmen, lässt sich etwa in Parallele stellen mit dem Verhältniss, in welchem bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte die Sitzungen der Sektionen zu den allgemeinen stehen. In den Sektionssitzungen, resp. in den Spezialvereinigungen ist man Innerer oder Chirurg oder Gynäkologe oder Neurologe; in den allgemeinen Sitzungen und ebenso in der medizinischen Gesellschaft ist man Arzt, ein Jünger der *Medicina universa*. Anatomie und Physiologie, innere Medizin und Chirurgie mit all' ihren Unter-, Spezial-, und Nebenfächern zieht diese Vereinigung in ihren Arbeitsbereich. Darum findet auch hier in allererster Reihe der praktische Arzt seine Rechnung; hier ist die Stätte, an der er Anregung und Belehrung empfängt für alle Gebiete, mit denen ihn seine vielseitige Praxis in Berührung bringt, hier aber auch Aufklärung über rein wissenschaftliche Fragen, deren Erörterung dem denkenden und an seiner Weiterbildung arbeitenden Arzte auch im Drange der täglichen Geschäfte von Interesse bleibt. Dass diese Gesellschaft ihre hohe Aufgabe, den Vereinigungspunkt aller Zweige des medizinischen Wissens zu bilden, erfüllt, und zwar in ausgezeichneter Weise erfüllt, dafür gebührt der Dank der regen Theilnahme der zahlreichen Mitglieder, der hingebenden Mühewaltung der Herren Vorsitzenden, unter denen sich an Stelle des ausgeschiedenen Bardeleben seit der kürzlich erfolgten Neuwahl Herr von Bergmann befindet, dem Eifer der Schriftführer, in aller erster Reihe aber dem ersten Vorsitzenden der Gesellschaft, unserem Rudolph Virchow. Stellt er doch in seiner Person selber gewissermaassen eine Vereinigung des gesammten und nicht nur medizinischen Wissens dar, ist doch keiner wie er geeignet, die oberste Leitung in dieser Versammlung zu führen, welche ihm Leben und Seele verdankt, deren encyclopädischen Charakter sein encyclopädischer Geist am ehesten entspricht.

Es ist ja in aller Welt bekannt, wie unermüdlich, wie vielseitig die Thätigkeit dieses Mannes ist, der sich trotz der Mannigfaltigkeit seines Wirkens jeder Arbeit, auch der kleinsten, scheinbar unwichtigsten, mit so rastloser Energie hingiebt, als wäre sie die einzige, welche er zu verrichten hat, als wäre sie der Endzweck seines Lebens. Zum grossen

Bedauern der Studirenden unserer Universität widmet unser Altmeister diese seine vielgerühmte Gründlichkeit und Sorgfalt auch — dem Examen. Die Intensität und Extensität, mit welcher er sich in die Kenntnisse seiner Herren Examinanden vertieft, ist — nun, sagen wir bewundernswerth, obwohl Schreiber dieser Zeilen, als er vor einigen Jahren das Glück hatte, dem Meister in der traurigen Gestalt eines Examenskandidaten gegenüberzustehen, offen gesagt nicht gerade eine als Bewunderung zu bezeichnende Empfindung hatte. Für eine derartig erhabene Aeusserungsweise der Seele ist nicht Raum im Augenblicke höchster Gefahr. In höchster Gefahr aber befindet sich jeder Examinand, dessen Schifflein sich der schroffen Klippe "Virchow" nähert. Ach, gar manches Fahrzeug wird dort leck und bedarf einiger Wochen oder Monate, um, neu und besser als das erste Mal ausgerüstet, den Kampf das zweite Mal versuchen zu können. Und wenn wenigstens dann immer ein glücklicher Ausgang gewiss wäre!

Neben der Ausdauer die Vielseitigkeit Rudolf Virchow's anzustaunen, dazu boten die letzten Tage wiederum Gelegenheit genug. Bekanntlich ist unser Virchow nicht nur ein grosser Arzt, ein grosser Anatom, ein grosser Anthropologe, sondern auch — ein grosser Politiker, welcher in der Wahlbewegung, welche jetzt die deutschen Gemüther in lebhafte Erregung versetzt, eine höchst bedeutende Rolle spielt. Da ist es denn staunenswerth, diesen Mann an v i e r Abenden in der Woche Wahlreden halten zu hören und am f ü n f t e n aus seinem Munde einen wissenschaftlichen Vortrag von höchster Bedeutung zu vernehmen: einen Vortrag, in dessen sonnenheller Sprache, in dessen klarem, von unerbittlicher Logik eingegebenem Inhalt nichts, gar nichts an den Volksredner erinnert. Der Tag, an welchem uns Virchow mit einem wissenschaftlichen Vortrage erfreut, ist jedesmal ein Festtag und ein solcher war gestern wieder einmal der *Medizinischen Gesellschaft* beschieden; das Thema lautete: U e b e r M y x o e d e m. Das Interesse an dieser räthselhaften Krankheit, schon seit einiger Zeit auch in Deutschland ein lebhafteres, ist neuerdings noch gesteigert worden durch Mittheilungen, welche deutsche Forscher, Riess (Berlin) und Erb (Heidelberg), über Fälle, die sie so glücklich waren zu beobachten, gemacht haben. Obwohl die Autopsie nur in einigen wenigen oder gar nur in einem einzigen der bisher zur Kenntniss gelangten Fälle von M y x o e d e m ausgeführt werden konnte, haben doch alle Forscher, welche dem Studium dieser Krankheit näher getreten sind, die Idee von einer Beziehung derselben zu einem pathologischen Zustand der Schilddrüse gefasst und festgehalten. Virchow weist darauf hin, dass die zahlreichen Versuche, in die physiologische Bedeutung dieses vielstudirten Organs — dessen Fehlen er in seiner langjährigen Praxis noch niemals beobachtete, dessen abnorm geringe Entwickelung zu den grössten Seltenheiten gehört — tiefer einzudringen, zu einem einigermaassen befriedigenden Resultat bisher nicht geführt haben. Man habe die Schilddrüse bis vor kurzer Zeit als Blutdrüse bezeichnet. Mit Unrecht; denn der Bau der *Glandula thyreoidea* unterscheidet sich ganz ausserordentlich von allen lymphoiden Organen, besonders von der Milz und der Thymusdrüse, und nähert sich vielmehr der Rindensubstanz der Nebennieren und dem grossen Lappen der *Hypophysis cerebri*. Allerdings ist von englischer Seite in jüngster Zeit wieder der Versuch gemacht worden, die Schilddrüse in die Reihe der hämatopoëtischen Gebilde zurückzuführen. Virchow selbst konnte sich an Präparaten, welche ihm im October vorigen Jahres bei seinem Besuche in London

vorgelegt wurden, von dem Vorhandensein lymphoider Gebilde in dem Gewebe der Schilddrüse überzeugen: doch fand er sie nur im *Stroma* und in einer gegenüber der Masse des Organs so ausserordentlich zurücktretenden Zahl, dass sie seine Zweifel an den blutbildenden Eigenschaften der Drüse ebenso wenig zu beseitigen vermochten wie der in einzelnen Fällen nachgewiesene Reichthum der *Vena thyreoidea* an Leucocythen gegenüber der geringen Zahl dieser Gebilde in dem blutzuführenden Gefässe des Organs. Um so bedeutungsvoller scheinen ihm die experimentellen Untersuchungen, welche Horsley in London an Affen ausgeführt hat. Der Zustand, welcher sich bei diesen Thieren nach vollständiger Entfernung der Schilddrüse herausbildete, hatte die allergrösste Aehnlichkeit mit dem als Myxoedem bezeichneten Krankheitsbilde. In der That konnten wir uns gestern an Photographien von der überraschenden Aehnlichkeit in dem Habitus eines myxoedematösen Mannes und eines seit kurzer Zeit seiner Schilddrüse beraubten Affen überzeugen. Von besonderer Wichtigkeit aber für das Verständniss des Zusammenhangs zwischen Myxoedem und Schilddrüsenfunktion scheinen die chemischen Veränderungen zu sein, welche in den Geweben der operirten Thiere vor sich gehen. Horsley fand, dass sich eine Art mucinoiden Zustandes, ein Reichthum der Gewebe an Schleim einstellte, der sich auch auf das Blut erstreckte, in dem ein Mucingehalt von 0.8 *pro mille* nachgewiesen werden konnte. Es liegt somit die Vermuthung nahe, dass die Schilddrüse physiologischer Weise einen Regulator für die Ueberführung der Albuminate in die letzten Stoffwechselprodukte darstelle und dass eine Störung ihrer Funktion eine veränderte Säftemischung hervorrufe, welche, ausser den Veränderungen an der Haut, auch jenen kretinoiden Zustand des Geistes, als Folge mangelhafter Ernährung des Gehirns, nach sich ziehe.

Auch über die Art der an der Körperoberfläche beim Myxoedem vor sich gehenden Veränderungen konnte sich Virchow an den ihm in *Thomas Hospital* vorgelegten Präparaten unterrichten. Seine frühere Anschauung, dass es sich dabei um eine mucinöse Metaplasie des Fettgewebes der Haut handle, erkannte er als irrthümlich. Vielmehr fand er eine auffallende Zunahme des Bindegewebes der Haut, eine Art Granulationsgewebe, nicht sowohl in der Cutis, als in der tieferen subkutanen Schicht, eine Vermehrung des die Fettläppchen des Unterhautgewebes trennenden Bindematerials: kurz ein Bild, welches sich bereits in der älteren Literatur unter dem Namen der *Phlegmasia alba dolens* oder *Leukophlegmasie* in unverkennbarer Weise beschrieben findet.

So wenig auch nach diesen Untersuchungen die Frage von der Funktion der Schilddrüse und ihrer Beziehung zur Pathogenese des Myxoedems als endgültig gelöst zu betrachten ist, so dankenswerth sind doch die Mittheilungen, welche uns Virchow über den augenblicklichen Stand dieser Frage gemacht hat.

Ein überaus dankenswerthes Geschenk hat uns das neue Jahr ferner in einer neuen medizinischen Wochenschrift gebracht. Die unter Redaktion von Dr. Lenggaard und Dr. Rabor von Liebreich herausgegebenen *„therapeutischen Monatshefte“* haben sich im Fluge die Sympathien der ärztlichen Kreise Deutschlands erworben. Alle anderen Länder sind längst im Besitz einer Zeitschrift, in welcher die wichtigsten therapeutischen Fragen ihre Besprechung finden und die Fülle des neuen, oft weit zerstreuten Materials der grossen Masse der praktischen Aerzte zugänglich gemacht wird. Das blosse Bedürfniss aber hätte kaum genügt, um dem Blatt eine so freudige Aufnahme zu bereiten, wenn nicht

die erste Nummer den Beweis geliefert hätte, dass die an die Namen der Herausgeber geknüpften Erwartungen voll und ganz berechtigt gewesen sind. Wir finden darin Originalartikel hervorragender Kliniker, und Pharmakologen werden in von sachkundigster Seite gelieferten Referaten über die neuesten Erscheinungen der therapeutischen Literatur im Laufenden gehalten, werden in kurzen Worten über die Wirkungs- und Anwendungsweise der wichtigsten neueren Arzneimittel orientirt. Ein besonderer Vorzug der neuen Zeitschrift scheint es werden zu sollen, dass nicht nur die Arzneimittellehre in ihr Bereich gezogen wird, welche ja heutzutage nur einen kleinen Theil der therapeutischen Wissenschaft ausmacht, sondern auch die anderen Methoden, welche die moderne Therapie zu den ihrigen zählt: die diätetische, die gymnastische, elektrische etc. Unter solchen Umständen ist in der That zu hoffen, dass das Journal, wie es in der Ankündigung heisst, mit jedem abgeschlossenen Jahrgang einen fast erschöpfenden Jahresbericht über alle therapeutischen Zeit- und Streitfragen bilden wird.

Dr. Paul Marcuse.

Maltine.

Malzextrakte sollen einerseits nahrhafte und leichtverdauliche Nahrungsmittel sein, andererseits selbst als verdauende, resp. die Verdauung befördernde Agentien wirken. Während die meisten Fabrikanten von derartigen Präparaten ihr Hauptaugenmerk auf das letztere Erforderniss legen, d. h. in ihrem Extrakte möglichst viel Diastase zu entwickeln trachten — wohl aus dem Grunde, weil dieser Diastasegehalt durch chemische Untersuchung leicht nachzuweisen ist — wird bei der Herstellung des Maltine besondere Sorgfalt auch auf die Gewinnung von löslichen vegetabilischen Albuminoiden verwendet, und da Weizen- und Hafermalz an solchen reicher sind als Gerstenmalz, so machen die Fabrikanten von Maltine ihren Extrakt aus diesen drei Getreidearten, statt aus Gerstenmalz allein. Mit der Diastase des Gerstenmalzes zugleich erhalten sie demzufolge die löslichen vegetabilischen Eiweissstoffe, welche im Weizen und Hafer enthalten sind, und dadurch wirkt Maltine bedeutend nährender als andere Malzextrakte. Die verdauende Wirkung der Malzextrakte beruht, wie schon bemerkt, auf ihrem Diastasegehalt. Diastase verwandelt stärkemehlhaltige Substanzen in Maltose und macht sie auf diese Weise verdaulich. In Fällen, wo der Körper arm ist an natürlicher Diastase, wird also ein guter Malzextrakt mit ähnlichem Erfolge verwendet werden wie Pepsin da, wo es sich um Verdauung stickstoffhaltiger Substanzen handelt. Die Maltine Mfg. Co. behauptet, und diese Behauptung ist von verschiedenen Seiten bestätigt worden, dass ihr Extrakt, das Maltine, mindestens zweimal so viel Diastase enthält als irgend ein anderer, welcher in den Handel gebracht wird. Berücksichtigt man überdies, dass Maltine nicht krystallisirt, sondern stets flüssig bleibt, und dass es nicht nur rein, sondern in Kombinationen mit verschiedenen Mitteln hergestellt wird, so kann man es getrost als den besten Malzextrakt bezeichnen.

Wir machen unsere Leser auf die in englischer Sprache abgefasste Anzeige von "Fellows' Hypophosphites," welche sie auf der zweiten Seite des Umschlages finden, aufmerksam. Das Präparat ist in der That ein vorzügliches.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Verein Deutscher Aerzte von St. Louis.

Sitzung vom 21. Januar 1887.

Vorsitzender: Dr. Baumgarten.

Dr. Linzenfelder hielt einen Vortrag über "Leukaemie."

Diskussion:

Dr. Schwarz bemerkt, dass das Allgemeinbefinden von Patienten mit Milztumoren wenig gestört sein könne, und referirt einen derartigen Fall, welcher in der Heidelberger Klinik operirt wurde und wo der Milztumor sich bis zur Medianlinie erstreckte.

Dr. Baumgarten referirte einen Fall von Leukaemie bei einem jungen Mädchen. Dasselbe hatte einen grossen Milztumor, sodass es im Verdacht der Schwangerschaft stand. Nach der Verheirathung verschlimmerte sich der Zustand bedeutend. Auf Verabreichung von Chinin, Eisen und Arsenik trat scheinbare Genesung ein. Ein Jahr später bekam Patientin jedoch einen Rückfall.

Dr. Linzenfelder bemerkte, dass Niemeyer eines Falles erwähnt, wo nach Kaltwasserbehandlung temporäre Besserung eintrat.

Dr. Bremer hebt hervor, dass in den lienalen Fällen von Leukaemie multinucleäre, eosinophile Zellen, welche nach Ehrlich aus der Medulla der Knochen stammen, im Blute vorkommen, während sie in den nicht lienalen Fällen fehlen.

Dr. Alt bemerkt, dass auch ophthalmoskopische Veränderungen bei der Leukaemie eintreten. Nämlich die von Becker beschriebene leukaemische Retinitis, bei der die Retina einen gelblichen Farbenton, der Blutverfärbung entsprechend, erhält.

Dr. Green bemerkt, dass Friedreich dies schon vor Becker nachgewiesen habe. Auch kommen bei der Leukaemie symmetrische Schwellungen in allen vier Lidern — leukaemische Tumoren — vor.

Dr. Baumgarten hebt hervor, dass ohne Untersuchung des Blutes die Diagnose schwer zu stellen sei und erzählt einen Fall von Hodgkin'scher Krankheit bei einem sechsjährigen, kräftigen Kinde. Dasselbe erkrankte unter dem Bilde der Leukaemie. Geringe Milzschwellung. Im Abdomen Tumoren, welche den Lymphdrüsen entsprechen. Später Ascites und allgemeines Anasarca. Organe alle gesund. Blut: oligocythaemisch, aber keine relative Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Lethaler Ausgang zwei Monate nach der Erkrankung. Die Obduktion ergiebt: Schwellungen der Leber; geringe Schwellung der Milz; alle Lymphdrüsen bedeutend geschwollen.

Dr. Linzenfelder bemerkt, dass nach Mueller in Leipzig die Diagnose Leukaemie nur zulässig sei, wenn die Proportion der weissen zu den rothen Blutkörperchen wenigstens 1 : 50 sei.

Dr. Richter: Eine 22jährige Frau, zu der ich Morgens gerufen wurde, klagt über Schling- und Athmungsbeschwerden; dieselben sind jedoch mehr subjektiver als objektiver Natur. Pharynx und Tonsillen sind geröthet, nicht geschwollen. Keine Bewegung der Nasenflügel und keine beschleunigte Respiration. Das Athmen macht nicht den Eindruck einer Stenose. Die Frau ist sehr nervös und hat eine Temperatur von 103° F. Mittags war eine stärkere Schleimabsonderung vorhanden. Kräftezustand sehr gesunken. Gesicht verfallen. Beim Einführen des Fingers fand ich die Schleimhautfalten, welche sich von der Epiglottis zu den Aryknorpeln erstrecken, geschwollen. Um vier

Uhr Nachmittags: diffuse Schwellung des Halses. Sechs Uhr Abends: akute Stenose. Tracheotomie. Patientin stirbt fünf Minuten nach Beginn der Operation; zwei Minuten nach Einführung der Canüle. Nach Einführung derselben noch einige Athemzüge. Die Blutung war sehr gering. Die Erkrankung, welche im Ganzen nur 48 Stunden dauerte, machte den Eindruck eines schweren Leidens. Die Todesursache war nicht festzustellen. Section wurde nicht erlaubt. Redner glaubt Glottisoedem ausschliessen zu können.

Dr. Bremer referirte einige Fälle von malignen Tumoren, bei denen der Magensaft auf Salzsäure untersucht wurde. Der Erste betraf einen Farmer, der seit zwei Monaten an den Symptomen des Magenkrebses erkrankt war. Es wurden sechs verschiedene Proben von Magensaft, welche eine halbe Stunde nach Fleischgenuss mittelst kleiner, an Fäden befestigter Schwämmchen dem Magen entnommen waren, auf Salzsäure untersucht. In allen Proben wurde die Abwesenheit von Salzsäure konstatirt. Später wurde Patient icterisch, bekam Kaffesatzvomitus und blutigen Stuhlgang. Jetzt ist der Magentumor deutlich zu fühlen; auch ist bedeutende Leberschwellung vorhanden, sodass kein Zweifel mehr existirt, dass es sich um Magenkrebs handelt.

In einem anderen Falle von suspectem Magencarcinom wurde der Magensaft ebenfalls frei von Salzsäure gefunden. Bedeutende Lebergeschwulst; jedoch kein Magentumor zu constatiren. Die Section ergab „grosszelliges Sarcom des Omentums und der Leber." Magenwände atrophisch und fast so dünn wie Löschpapier. — Redner weist darauf hin, dass Ewald in der Berl. klin. Wochenschr. einen Fall von allgemeiner Sarcomatose bespricht, bei dem sich wohl 500 Tumoren von der verschiedensten Grösse gebildet haben. Auch hier wurden in fünf Proben Magensaftes, welche ein bis 1½ Stunden nach dem Essen genommen waren, auch nicht die Spur von Salzsäure gefunden. Es scheine daher, dass nicht nur bei Carcinomen, sondern malignen Geschwülsten überhaupt, wo sie auch lokalisirt seien, und Cachexie-Zuständen die Salzsäure im Magensafte abwesend sei.

Dr. Engelken hielt es für zweckmässig, den Magensaft 1½ bis 2 Stunden nach dem Essen zu entnehmen. Er referirte dann einen Fall von Verhärtung der tiefen Lymphgefässe. Es sind Schmerzen über dem Fussgelenk und zu beiden Seiten der Achillessehne vorhanden. Unter der Achillessehne ist ein harter Strang von der Dicke einer Stecknadel zu fühlen. Nach Einreibung mit Quecksilbersalbe Besserung. Ein anderer Fall von heftigen Schmerzen im Beine, wo ebenfalls ein harter Strang und geschwollene Lymphdrüsen in der Kniekehle vorhanden sind, bessert sich ebenfalls nach Quecksilbereinreibung. Redner betont, dass diese Fälle sehr häufig für Neuralgien gehalten werden.

Dr. Firchel bemerkt, dass Unna Einreibungen von Quecksibersalbe mit Carbolsäure bei Lymphdrüsenschwellungen empfiehlt. Redner wandte die Unna'sche Salbe bei Lymphadenitis, welche beim Scharlach auftrat, an. Nach vier oder fünf Tagen war die Adenitis verschwunden.

Dr. Engelken hebt hervor, dass in dem von ihm referirten Falle absolut keine Verletzung stattgefunden habe.

Dr. Baumgarten referirt einen Fall von Lymphangoitis bei einer Frischentbundenen, welche über Schmerzen in einem Beine klagte. Es wurde zufällig Quecksilber — innerlich — gegeben und die Lymphangoitis und Schmerzen verschwanden.

Dr. Spiegelhalter berichtete das Resultat einer Sektion, wo bei

einem Phthisiker mit Cavernen in beiden Lungen die Milz in einem bröckeligen, amorphem Phosphor ähnlichen Zustande gefunden wurde.

Dr. Bremer glaubt, dass es sich in diesem Falle um das letzte Stadium der Amyloidentartung handele. Dr. L. T. Riesmeyer, Sekr.

Lippmann's Karlsbader Brausepulver.

Die „Allgemeine Wiener Mediz. Zeitung" vom 10. November 1885 schreibt:

„Herr Lippmann, Besitzer der Kronen-Apotheke in Karlsbad, ging von der allseits constatirten Erfahrung aus, dass die aus den Karlsbader Wässern gewonnenen Quellenproducte ihre volle Wirkung erst dann entfalten, wenn sie in kohlensaurem Wasser gelöst werden. Um nun die überschüssige Kohlensäure zur Verfügung zu haben, wählte Lippmann die angenehme Form eines Brause-Pulvers und sein Präparat enthält demnach die in den Karlsbader Wässern enthaltenen wirksamen Bestandtheile und überdies die Bestandtheile der sogenannten englischen Brause-Pulver, um durch deren Mitwirkung die besagte Entwickelung freier Kohlensäure energisch zu bewirken.

Es hat sich gezeigt, dass diese Karlsbader Brause-Pulver nicht nur als vorzügliches Purgans wirken, dass sie auch die Function der Magen- und Darm-Drüsen, die der Leber und Speicheldrüsen energisch anregen, dass sie die Verdauungskraft heben, Stauungen in den grossen Bauchdrüsen beseitigen, die Abscheidung der physiologischen Säfte vermehren, überschüssige Magensäure sättigen, die Nieren zur vermehrten Secretion bringen und auf die Blase überaus wohlthätig einwirken.

Der praktische Arzt wird diese Karlsbader Brause-Pulver daher in all' jenen Krankheitsformen mit Erfolg anwenden, bei welchen er bisher alkalisch-salinische Mineralwässer oder deren Salze etc. in Gebrauch zog. Medizinische Autoritäten haben dies bereits wiederholt und mit bestem Erfolge gethan, daher sie die Anwendqng derselben wärmstens empfehlen." Die Generalagentur für Amerika hat Herr Henry A. Fleischmann, 145 Duane Str., New York, übernommen.

Bücherschau.

Manual of Operative Surgery, by Joseph D. Bryant, M. D. — New York; D. Appleton & Co.; 1887.

Das ca. 500 Seiten starke Werk enthält die Vorlesungen, welche B. als Professor am *Bellevue Hospital Medical College* zu halten pflegt. Es ist reich illustrirt und als erster Führer für den Studenten und jungen Arzt auf chirurgischem Gebiete ist es unzweifelhaft sehr geeignet. Die Ausstattung ist vorzüglich. G. W. R.

New Medications, by Prof. Dujardin Beaumetz; translated by Dr. E. P. Hurd (Two parts). *The Physicians Leisure Library*, published by Geo. S. Davis, Detroit, Mich.

Die Zusammenstellung und Beschreibung neuer Mittel und Heilmethoden, welche der grosse französische Kliniker in diesem Werkchen giebt, ist reich an praktischen Winken und muss jedem Mediziner, der die Fortschritte auf therapeutischem Gebiete bei richtiger Auswahl zu verfolgen bestrebt ist, willkommen sein. G. W. R.

Dr. v. Bergmann. Ueber das Verhältniss der modernen Chirurgie zur inneren Medizin. — Vortrag, gehalten in der 3. allg. Sitzung der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte am 24. Sept. 1886. Berlin, August Hirschwald.

In dem kurzen Vortrag spricht sich Redner — gewiss ein berufener Vertreter der modernen Chirurgie — über die Wechselbeziehungen zwischen innerer Medizin und Chirurgie in höchst klarer Weise aus, indem er darlegt, wie die moderne Chirurgie

in der ungeahnten Entwickelung der letzten anderthalb Jahrzehnte Gebiete in ihren Bereich gezogen hat, die vordem ganz dem internen Mediziner anheimgestellt waren, theils zur radikalen Heilung, theils als Explorativ-Operationen zur Feststellung der Diagnose: aber mit Nachdruck hebt er hervor, dass die interne Medizin mit ihren Hilfswissenschaften der unumgängliche Grundboden, der Hauptstamm, wie für alle Zweige der Medizin, so auch für den zur Zeit am üppigsten und fruchtbarsten blühenden der Chirurgie ist:

„die Einsicht, dass die Fortschritte der Medizin im Augenblick gebunden sind an ihre Vertiefung in das Wissen und Vermögen der inneren Klinik,"

und betont mit Recht die segensreichen Wirkungen, die die innere Medizin durch Hygiene und Prophylaxis auf die Volkswohlfahrt ausgeübt hat. Treffend giebt er folgende Charakteristik der Stellung beider Disziplinen zu einander:

„Zu gemeinsamer Forschung berufen und in gemeinsamen Leistungen wetteifernd, ist die Chirurgie an die Grenzen der inneren Medizin getreten, nicht um sie zu berauben, sondern von ihr reicher und immer reicher ausgestattet zu werden. Sie nimmt nicht, aber sie erhält;"

und ganz am Schluss endet er mit dem berechtigten Stolz des Chirurgen der Neuzeit:

„Die Einheit (der Wissenschaft) aber verlangt Ordnung und die richtige Erkenntniss der Stellung des Einzelnen in und zum Ganzen. Die Chirurgie kann mit der ihrigen zufrieden sein." G. D.

Dr. Jul. Rosenstirn.—Die Brasdor'sche Operation bei Aneurysmen des Arcus Aortae und der Anonyma.—Sep.-Abdr. a. v. Langenbeck's *Archiv;* Bd. XXXIV, Heft 1.

Im Anschluss an ein von ihm selbst im Nov. 1883 mit bestem Erfolg durch gleichzeitige Unterbindung der Subclavia und Carotis communis dextr. operirtes Aneurisma der A. Anonyma (vielleicht auch eines Theiles der Aorta ascendens) giebt Verf. eine Uebersicht von 99 Fällen aus der Literatur, die er in 8 Abtheilungen eintheilt:

I.	Gleichzeitige Unterbindung der Carotis und Subclavia d.	38 Fälle
II.	Zweizeitige „ „ „ „ „	11 „
III.	Unterbindung der Carotis comm. d.	31 „
IV.	„ „ Subclavia d.	5 „
V.	„ „ Carotis comm. sin.	10 „
VI.	Zweizeitige Unterbindung der Carotis und Subclavia sin.	1 „
VII.	„ „ „ „ Axill. sin.	1 „
VIII.	Missglückte Operationen	2 „

Die einzelnen Fälle sind mit kurzen Krankengeschichten versehen, und empfiehlt R. die gleichzeitige Unterbindung der rechten A. anonyma und Carotis comm. d. als die zweckmässigste Operation.

Zum Schluss erwähnt er noch kurz die anderen Behandlungsmethoden der angeführten Aneurysmen: Terfnell's diätetische Kur ev. mit grossen Dosen Jodkali (Balfour), Einführen von Fremdkörpern in die Aneurysmahöhle (Baccelli, Quincke, Schroetter) — Loreta findet keine Erwähnung. Ref. – und schliesslich Galvanopunktur (Ciniselli u. A. m.). Letzterem Verfahren spricht R., vielleicht in Verbindung mit der Simultan-Unterbindung, eine Rolle in der Zukunft zu.

G. D.

N. Senn, G. D.—The Surgery of the Pancreas as based upon Experiment and Clinical Researches.—Sep.-Abdr. aus d. *Transactions of the Am. Surg. Ass'n,* Apr. 29, 1886; Philadelphia.

Gestützt auf sorgfältige anatomische und physiologische Untersuchungen, sowie auf zahlreiche Thierversuche, unternimmt es Verf., der modernen Chirurgie auch dieses Organ zugänglich zu machen. Auf den Inhalt der interessanten Arbeit näher einzugehen, entspricht leider nicht dem gegebenen Raum, und genüge es daher, aus den am Schluss aufgestellten 19 Thesen folgende für die operative Chirurgie des genannten Organs wichtigsten herauszulesen:

2. Vollständige Entfernung des Pancreas hat unweigerlich den Tod zur Folge.

3. Theilweise Entfernung des Pancreas wegen Verletzung oder Erkrankung ist ausführbar und gerechtfertigt.

12. Bei Operationen am Kopf des Pancreas muss der Hauptgang desselben in seinem Zusammenhang unverletzt gelassen werden.

13. Theilweise Abtragung des Pancreas ist angezeigt bei eingeschlossenen Abscessen und bösartigen Neubildungen, wenn alles Kranke entfernt werden kann ohne Störung der Pancreas-Verdauung und ohne Schädigung der benachbarten lebenswichtigen Organe.

14. Vor der Abtragung eines Theiles des Pancreas muss Unterbindung vorgenommen werden zur Vermeidung von Blutung und Austritt von Pancreas-Saft.

15. Aeussere Pancreas-Fistelbildung durch Laparotomie ist berechtigt bei Cysten, Abscessen, Gangrän und Blutung des P.

16. Laparotomie mit Drainage in der Lendengegend ist erforderlich, wenn in den Fällen bei 15 Bildung einer Bauchfistel unmöglich ist.

17. Bei weitverbreiteter Eiteransammlung im Retroperitoneal-Raum ist vollständige Drainage (von Bauchdecke durch die Bauchhöhle zur Lendengegend) am Platz.

18. Im Duodenal-Ende des *Ductus Wirsungianus* eingekeilte Pancreas-Steine sollen durch Druck (Taxis) oder durch Schnitt und Herausziehen entfernt werden, wenn der Gallengang dadurch geschlossen ist und Tod durch Cholaemie droht.

19. In diesen Fällen muss dem Austritt der Galle in die Bauchhöhle durch Aspiration aus den erweiterten Gallenwegen, sehr sorgfältige Naht und absolute Ruhe der Verdauungs-Organe vorgebeugt werden. G. D.

N. Senn. A. D. — The Present Status of Abdominal Surgery.—Sep. Abdr. a. d. *Journal of the Am. Med. Association*, Chicago.

Derselbe Autor giebt in einem Vortrag, gehalten bei der 37. Jahresversammlung der *Am. Med. Association*, eine Reihe von 21 verschiedenen Operationen am Unterleib, „dem neuesten Zweig der modernen Chirurgie," wobei er ausdrücklich hervorhebt, dass er die rein gynäkologischen Operationen ausgelassen und sich nur auf die allgemein chirurgischen beschränkt hat. Bei der Besprechung der Chirurgie der Gallenwege führt er unter dem Namen „*Duodeno-Cholecystotomy*" experimentelle Versuche von Gaston an, ohne den Fall von v. Winiwarter zu erwähnen, den derselbe im Jahre 1882 nach demselben Plane unter der Bezeichnung Cholecystenterostomie curirt hat. G. D.

Dr. H. Th. Hillischer. — Ueber die allgemeine Verwendbarkeit der Lustgas-Sauerstoff-Narkosen in der Chirurgie und den resp. Gaswechsel bei Lustgas und Lustgas-Sauerstoff. — Wien. K. K. Hofbuchhandlung; Wilhelm Frick.

Dem ersten Theil des Titels entspricht der Vortrag wohl kaum, denn Verf. stellt zwar die These auf: „Die Narkose mit $N_2O + O$ ist immer bedeutender Verlän-„gerung, selbst auf den längsten Zeitraum, der je zur Durchführung einer chir. „Operation nöthig ist, fähig." — Doch giebt er nirgends ein Beispiel dafür. Die längste Narkose, die er (bei einem alten Herrn von 69 Jahren) hatte, dauerte 75 Sekunden — kann also für eine einigermaassen langewährende Operation nicht maassgebend sein. Die Resultate, die er in 917 Fällen gesammelt und die tabellarisch schematisirt sind, sind sehr befriedigend, da nur 6 misslungene und 15 unvollständige Narkosen verzeichnet sind gegen 859 vollständige Anaesthesien und 37 Analgesien.

Hervorzuheben ist, dass diese „Schlafgas"-Narkose (welche Bezeichnung Vortr. für das Lustgas-Sauerstoffgemenge vorschlägt) von Herzkranken, Schwangeren, Menstruirenden, Nervösen, Stillenden, Alkoholikern, Epileptikern u. a. gut vertragen wird. Betreffs des respiratorischen Gaswechsels bei gewöhnlicher Lustgas-Narkose (sowohl mit Rückathmung in den Gasbehälter, wie mit Ausathmung durch ein Exspirations-Ventil) wie auch bei Schlafgas-Athmung verweist er auf eine demnächst zu erwartende Arbeit des Dr. Hammerschlag, der z. Z. diesbezüglich in Prof. Ludwig's Laborat. experimentirt. Der Vortrag schliesst mit einer Anweisung zur Selbstdarstellung der qu. Gase, und betont am Ende, die Mischung kurz vor dem Gebrauch vorzunehmen, da bei längerer Aufbewahrung des Gemenges Veränderungen durch Salpeter- und salpetrige Säure entstehen. G. D.

Prof. Dr. Wölfler (Gratz). — Die chirurgische Behandlung des Kropfes. — Berlin; A. Hirschwald, 1887.

W. giebt in einer sehr gedrängten Form (80 Seiten 8 vo.) eine Darstellung der chirurgischen Behandlung des Kropfes vom 1. Jahrhundert an, wegen deren wir gern auf das lesenswerthe Werk selbst hinweisen. Ref. will nur anführen, dass Verf. allein 218 Literaturangaben macht. Er unterscheidet 4 Epochen:

1. Die Auslösung von Kropfknoten oder Kropfcysten unter Celsus und Albucasis, sowie die Zerstörung des Kropfgewebes durch das Glüheisen oder Aetzmittel; von Celsus bis Rulandus. (1.—13. Jahrhundert).
2. Die Vernichtung des Kropfgewebes durch das Haarseil oder durch die Ligatur bei gleichzeitiger Anwendung von Aetzmitteln; von Rulandus bis Friedr. Vogel (1250—1770).
3. Die methodische Exstirpation von Kropfknoten (F. Vogel, 1770), die methodische Excision von Kropfhälften und endlich die Total-Exstirpation mit zielbewusster Technik und vorausgehender Unterbindung der zuführenden Gefässe nach den Methoden von Desault (1791), Hedenus (1800), v. Walther (1820) in der Zeit von 1771—1875.

Nebenbei geht einher die Behandlung der Kropfcysten mittelst Punktion und nachfolgender Injektion reizender Flüssigkeiten (Mannoir, 1799. Velpeau, 1843), die Spaltung der Kropfcysten nach Beck (1826) und die Exstirpation der Kropfcysten nach Brunningshausen und Sentin (1873). Die wesentlichsten Methoden, welche in dieser Zeitperiode konkurrirten, waren die Anwendung des Haarseiles (Quadri, 1820), die Unterbindung der zuführenden Arterien (Walther, 1814, und Porta, 1850) und die parenchymatösen Jod-Injektionen nach Lücke und Luton.

4. Die moderne Kropfexstirpation unter antiseptischen Kautelen von 1875 bis zum heutigen Tage. G. D.

The Alabama Medical and Surgical Journal, edited by Drs. J. D. S. Davis and W. E. B. Davis (Birmingham, Ala.).

Obgleich erst seit einem halben Jahre herausgegeben, scheint dasselbe auf dem besten Wege zu sein, sich eine ebenbürtige Stellung unter den vielen gediegenen Journalen zu erringen, welche in den Südstaaten erscheinen. Die Originalbeiträge sind interessant und die redaktionelle Leitung des Journals ist vorzüglich.

Eine der best eingerichteten Apotheken in der Stadt New York ist unstreitig die früher Herrn G. S. Wanier gehörige, 437 Achte Avenue gelegene, welche seit einiger Zeit in den Besitz der Herren Hunt & Gregorius (von 259 Erste Avenue) übergegangen ist.

Wir hatten kürzlich Gelegenheit, dieselbe zu besichtigen, und waren in der That erstaunt über die vorzügliche Einrichtung und die Reichhaltigkeit derselben, nicht nur in Bezug auf Droguen und Präparate, von denen stets die besten (speciell Merck's & Squibb's) gehalten werden, sondern auch in Bezug auf alle anderen, dem praktischen Arzte nothwendigen Dinge.

Es ist thatsächlich nicht zu viel behauptet, wenn man sagt, dass die Apotheke von Hunt & Gregorius in Bezug auf Vorzüglichkeit der Einrichtung und Reichhaltigkeit des Vorrathes von keiner anderen auf der Westseite, ja in der ganzen Stadt übertroffen wird. Es verlohnt sich, derselben einen Besuch abzustatten.

Seit 34 Jahren beschäftigt sich Herr A. A. Marks, 701 Broadway, New York, damit, künstliche Gliedmaassen herzustellen, welche sich jeder naturgemäss entstehenden Biegung in jedem Winkel anschmiegen sollen, ohne komplizirte Gelenke und lästige Vorrichtungen. Es ist ihm gelungen, Hände und Füsse aus Gutta-Percha zu fabriziren, welche die Erzeugnisse aller anderen Fabrikanten an Vortrefflichkeit weit hinter sich zurücklassen.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

H. IMHOF,
APOTHEKER,
189 East Broadway, cor. Jefferson Street,
NEW YORK.

THOMAS LATHAM,
APOTHEKER,
3. Ave. & 75. Street, NEW YORK.
(vormals bei Eimer & Amend),
erbittet sich die Patronage der Profession. Aerzten die Zusicherung, dass ich Recepte *lege artis* und mit ausschliesslicher Benützung der besten Droguen bereite.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. III. New York, April 1887. No. 5.

Zweiter Jahresbericht der Halsabtheilung des deutschen Dispensary in New York.[1])

Von Dr. J. W. Gleitsmann, New-York.

Indem ich Ihnen meinen zweiten Jahresbericht unterbreite, erlaube ich mir, auf die Bemerkungen Eingangs meines vorjährigen Berichtes [2]) hinzuweisen, in denen ich den Werth einer solchen Statistik und die Schwierigkeit ihrer Zusammenstellung betonte, welche letztere hauptsächlich in der verschiedenen Nomenclatur beruht, welche die einzelnen Arbeiter adoptiren. Durch das freundliche Einverständniss der Herrn Collegen ist in diesem Jahre eine grössere Einigkeit darin erzielt worden.

Obwohl die Zahl der neuen Patienten 1886 etwas kleiner war, als im Vorjahre — im Verhältniss zur geringeren Gesammtzahl aller im Dispensary behandelten Kranken — so war doch die Anzahl der gemachten Besuche etwas grösser und die interessanten und lehrreichen Fälle zahlreicher.

In der Classifizirung wurde derselbe Plan befolgt wie früher und demnach alle Krankheiten in vier Gruppen eingetheilt. Demzufolge haben wir:

22 Krankheiten des Pharynx mit 969 Patienten,
20 solche des Larynx und der Trachea mit 321,
20 der Nase- und des Nasenrachenraumes mit 421, und
12 der vierten Gruppe mit 59 Patienten—im Ganzen 1770 Patienten.

I. Pharynx.

Krankheiten.	M.	W.	Total
1. Pharyngitis catarrhalis acuta	89	40	129
2. Pharyngitis catarrhalis chronica	49	45	94
3. Pharyngitis granulosa	92	46	138
4. Pharyngitis sicca	35	30	65
5. Tonsillitis acuta	66	29	95
6. Tonsillitis hypertrophica chronica	70	50	120
7. Tonsillitis follicularis	93	72	165
8. Peritonsillitis	13	3	16
9. Uvulitis acuta	7	1	8
10. Uvula elongata	8	—	8
11. Uvula bifida	4	2	6
Latus	526	318	844

[1]) Vorgetragen in der Versammlung der Aerzte des deutschen Dispensary am 11. Februar 1887.

[2]) Annual Report of the Throat Department of the German Dispensary; *N. Y. Medical Record*, January 16th, 1886.

Transport	526	318	844
12. Herpes pharyngis	2	—	2
13. Abscessus retropharyngealis	1	1	2
14. Diphtheria	30	25	55
15. Phthisis	1	—	1
16. Syphilis	30	22	52
17. Exostosis palati duri	1	—	1
18. Pharyngomycosis leptothricia	1	—	1
19. Hyperaesthesia	2	4	6
20. Paralysis palati mollis, post diphtheriam	2	1	3
21. Paralysis palati mollis (bulbaris)	1	—	1
22. Papillomata	1	—	1
Zusammen	598	371	969

II. Larynx und Trachea.

Krankheiten.	M.	W.	Total
1. Laryngitis catarrhalis acuta	60	42	102
2. Laryngitis acuta gravior	10	12	22
3. Laryngitis catarrhalis chronica	26	16	42
4. Laryngitis chronica subglottica	2	4	6
5. Laryngitis haemorrhagica	1	3	4
6. Pharyngolaryngitis catarrhalis	30	18	48
7. Tracheitis catarrhalis	1	2	3
8. Phthisis	33	11	44
9. Syphilis	7	4	11
10. Hyperaesthesia	—	2	2
11. Spasmus glottidis	1	—	1
12. Aphonia spastica	—	1	1
13. Paralysis nervi recurrentis	1	1	2
14. Paralysis muscul. thyreo-aryten. int.	7	6	13
15. Paralysis musc. aryten. et crico-aryten. later.	3	5	8
16. Paralysis musc. crico-arytenoid. post.	1	3	4
17. Papillomata laryngis	4	1	5
18. Epitheliomata laryngis	1	—	1
19. Tumor tracheae	—	1	1
20. Contusio tracheae	—	1	1
Zusammen	188	133	321

III. Nase und Nasenrachenraum.

Krankheiten.	M.	W.	Total
1. Rhinitis catarrhalis acuta	5	8	13
2. Rhinitis catarrhalis chronica	21	21	42
3. Rhinitis catarrhalis chronica hypertroph.	63	38	101
4. Rhinitis atrophica	23	24	47
5. Rhinopharyngitis chronica	28	27	55
6. Perichondritis septi idiopathica	—	1	1
7. Epistaxis	20	13	33
8. Eczema	5	4	9
9. Furunculosis	4	3	7
Latus	169	139	308

Transport	169	139	308
10. Acne rosacea	1	1	2
11. Syphilis	5	8	13
12. Corpora aliena	2	2	4
13. Polypi mucosi	15	9	24
14. Echondromata	4	2	6
15. Adenomata	17	9	26
16. Contusio nasi	1	—	1
17. Deviatio septi	22	8	30
18. Hypertrophia tonsillae pharyngeae	4	1	5
19. Cystoma bursae pharyngeae	—	1	1
20. Polypus fibromucosus nasopharyngis	1	—	1
Zusammen	241	180	421

IV. Gruppe.

Krankheiten.	M.	W.	Total
1. Gingivitis	1	3	4
2. Epulis	—	1	1
3. Stomatitis catarrhalis	5	1	6
4. Stomatitis specifica	5	1	6
5. Ulcera linguae e dente cariosa	2	3	5
6. Glossitis specifica	3	1	4
7. Abscessus sublingualis	—	1	1
8. Hypertrophia papill. circumvallat.	—	1	1
9. Leukoplakia	—	1	1
10. Herpes oris	1	1	2
11. Ranula	1	1	2
12. Lymphadenitis	4	6	10
13. Furunculus nuchae	1	—	1
14. Struma	1	14	15
Zusammen	24	35	59

Recapitulation.

Krankheiten.	M.	W.	Total
1. Des Pharynx	598	371	969
2. Des Larynx und der Trachea	188	133	321
3. Der Nase und des Nasenrachenraums	241	180	421
4. Der vierten Gruppe	24	35	59
Zusammen	1051	719	1770

Die proportionale Frequenz der einzelnen Krankheiten unter sich ist so ziemlich dieselbe wie im Vorjahre; auf die wenigen Ausnahmen wird im Text des Näheren verwiesen werden.

I. Wenn wir zunächst die Krankheiten des Pharynx betrachten, so bemerken wir einen dieser Ausnahmsfälle. Während 1885 blos 22 Fälle von granulöser Pharyngitis mehr als von gewöhnlicher chronischer katarrhalischer Pharyngitis vorkamen, ist der Unterschied in diesem Jahre bei einer kleineren Patientenzahl gerade doppelt so gross. Der Grund hievon dürfte wohl darin zu suchen sein, dass bei sorgfältigerem Studium und grösserer Aufmerksamkeit in manchen Fällen granulöses Gewebe entdeckt wurde, welches ausserdem dem

Beobachter entgangen wäre. Diese Wahrnehmung steht auch mit der wohlbekannten Thatsache im Einklang, dass Fälle von reiner einfacher chronischer katarrhalischer Pharyngitis bei weitem weniger zahlreich sind, als solche von granulöser Pharyngitis. Alle solche Patienten sind unter letztere Rubrik eingereiht.

Die Behandlung dieser Krankheitsform war lange Zeit eine unbefriedigende. Die hiefür empfohlenen Pinselungen, Gurgelwässer etc. hatten geringe Wirkung, und die Behandlung musste entweder über einen Zeitraum ausgedehnt werden, welcher gar nicht im Verhältnisse zur Schwere der Erkrankung stand, oder des Patienten Geduld ging zu Ende, ehe Heilung eintrat. Bessere Resultate wurden mit Applikation der Chromsäure erzielt, welche anstatt an das Instrument angeschmolzen, in eine kleine becherförmige Vertiefung eingerieben wurde. Es wird dadurch einerseits eine Zersetzung der Säure vermieden, welche eintritt, wenn zufällig zu grosse Hitze beim Anschmelzen angewandt wird, andererseits ist man absolut sicher, dass sie nicht vom Instrument abfällt, und sind bei nur gewöhnlicher Vorsicht die Nachbartheile vor Contakt mit der Säure geschützt. Doch auch hier ergaben sich mannigfache Uebelstände, die erst bei Anwendung der hiefür allerseits empfohlenen Galvanokaustik vermieden wurden. Da das Dispensary keine solche Batterie zur Verfügung hat, wurden die Patienten in meine Office bestellt, und ist seitdem selten eine Woche vergangen, in der nicht einer oder mehrere Patienten in dieser Weise und mit dem besten Erfolge behandelt wurden. Fälle, welche ausserdem wochenlang und selbst dann oft ohne entschiedene Erleichterung behandelt worden wären, konnten jetzt nach einer oder nur wenigen Applikationen als geheilt entlassen werden. Da den einzelnen Patienten auf diese Weise mehr Zeit gewidmet werden konnte, war es möglich, ihre individuellen Beschwerden und deren ungemeine Mannigfaltigkeit, besonders bei der sogenannten lateralen Pharyngitis, genauer zu studiren — ein Thema, worauf ich ein anderes Mal zurückkommen werde.

Die Entfernung hypertrophischer Tonsillen, welche in der Regel mit dem Tonsillotom vorgenommen wurde, war ein Mal von schwerer Hämorrhagie gefolgt. Eine kräftig gebaute Frau in mittleren Jahren klagte über seit einiger Zeit bestehende leichte Schlingbeschwerden und das Gefühl, als ob Etwas im Halse stecke. Bei der Untersuchung zeigte sich eine vergrösserte Mandel auf der rechten Seite, die ausser einer ganz leichten Röthung nichts von dem Gewöhnlichen Abweichendes zeigte. Die Exzision ging rasch von statten, die darauf folgende Blutung war etwas länger andauernd, aber keineswegs beunruhigend, und stand nach ein paar Pinselungen mit adstringirender Lösung. Am Abend wurde ich von ihrem Manne in grosser Eile gerufen, und sagte er mir, dass nach der Rückkehr nach Hause die Blutung bald wieder begonnen habe, bis jetzt andauere und dass sich die Frau sehr schwach fühle. Nach der Ankunft im Hause der Patientin versuchte ich zuerst den Mund und Pharynx von den Blutgerinnseln zu reinigen, um womöglich die blutende Stelle zu Gesicht zu bekommen. Bei dieser Procedur bekam die Frau eine Ohnmacht, und während ihr Mann und ich sie aufs Sopha zu legen versuchten, erbrach sie schnell nach einander dreimal Blut in solchen Quantitäten, wie ich dies nur bei heftigen Lungenhämorrhagien gesehen hatte. Um nicht noch mehr kostbare Zeit zu verlieren, führte ich meinen Finger in den Mund und comprimirte die blutende Stelle, unterstützt durch Druck von aussen, während ca.

10 Minuten. Als dann der Finger entfernt wurde, stand die Blutung und kehrte auch nicht mehr wieder.

Unter den entzündlichen Affektionen der Tonsillen ist die Anzahl der folliculären Entzündungen unverhältnissmässig gross und könnte der Einwand gemacht werden, dass manche derartige Fälle als Diphtherie angesehen werden müssten. Erst in jüngster Zeit wurde wieder von competenter Seite auf die Schwierigkeit hingewiesen, beide Processe auseinanderzuhalten, und betont, dass von einer leichten Tonsillenerkrankung eine maligne Infektion, echte Diphtherie, öfters erfolgt sei. Obwohl es nicht bestritten werden kann, dass unter der grossen Zahl von 165 Patienten ein oder der andere ein Fall von Diphtherie gewesen sein möge, so wurde doch die Diagnose immer erst nach sorgfältiger Analyse und mit Zuhülfenahme der differentiell diagnostischen Symptome gemacht. In diesem Zusammenhang gestatten Sie mir, meine Herren, Ihrer Erwägung ein Verfahren zu unterbreiten, das, wenn auch nicht ohne Gefahr bei falscher Diagnose, mir die besten und schnellsten Resultate gegeben hat und durch den erzielten Erfolg meines Erachtens die richtige Diagnose bestätigt. Es sind dies die schon längst bekannten multiplen Skarifications, durch die so viele Follikel als möglich gespalten und eröffnet werden, wodurch die Hyperämie gehoben und dem Entzündungsprodukt ein Ausweg geschaffen wird. Die Erleichterung ist eine fast augenblickliche, und ist es für mich immer eine Ursache des Bedauerns, wenn Patienten diese kleine und fast schmerzlose Operation verweigern. Ich erlaube mir hier zu bemerken, dass, wenn immer ich Skarifikationen in einem so diagnostizirten Falle vornahm, üble Consequenzen nie beobachtet wurden, und ist es meine persönliche Ansicht, dass dies für die Richtigkeit der Diagnose spricht. Wenn neue frische Wundflächen bei diphtheritischen Processen gesetzt werden, so bilden diese einen Focus für fernere Infektion und bedecken sich mit diphtheritischem Belag, eine Erscheinung, welche ich nach Skarifikation bei folliculärer Tonsillitis nie beobachtete.

II. Krankheiten des Larynx.—Ich bedauere, in diesem verflossenen Jahre Ihnen nicht wieder eine ähnliche Serie von Experimenten mit Milchsäure bei Larynxphthise geben zu können, wie ich es 1885 gethan habe. Wenige Patienten blieben genügend lange Zeit in Behandlung, um definitive Schlüsse ziehen zu können. Diejenigen jedoch, welche so behandelt wurden, und die Erfahrungen in der Privatpraxis sind nur geeignet, die im letzten Jahre gemachten Angaben zu bestätigen, nämlich, dass Milchsäure ein werthvolles Mittel bei Ulcerationen ist, jedoch die Bildung neuer Geschwüre und Infiltrationen nicht hindert und weniger zufriedenstellend bei Infiltrationen wirkt, die noch von unversehrter Schleimhaut bedeckt sind. Es zeigte sich wünschenswerth, Cocainpinselungen den Milchsäureapplikationen sowohl, als Jodoformeinblasungen vorangehen zu lassen, da bei den ersteren dadurch der Schmerz verringert und rasch zu stärkeren Lösungen geschritten werden kann, bei den letzteren der Husten durch Cocain aufgehoben oder vermindert wird und deshalb das Pulver ruhig im Larynx liegen bleiben und seine Wirkung entfalten kann, bis es schliesslich absorbirt wird.

Obwohl strikte nicht hierher gehörend, mag es Sie interessiren zu hören, dass ein Dispensary-Patient, den ich vor ungefähr 2½ Jahren an Lungen- und wiederholt recidivirender Larynxphthise behandelte, seit längerer Zeit vollkommen wohl ist. Die letzte Untersuchung fand vor 2 Monaten statt, der Patient, früher fast zum Gerippe abgemagert, hatte

sein früheres Normalgewicht wieder erreicht, und sein Kehlkopfgeschwür — ein knorpeliger Substanzverlust am freien Rand der Epiglottis, der wie mit dem Locheisen ausgeschlagen aussah - war mit normaler Schleimhaut bedeckt. Da der Fall vor Krause's Publikation der Milchsäurebehandlung beobachtet wurde, war Jodoform das einzige lokal angewandte Mittel.

Besondere Aufmerksamkeit wurde den Lähmungen des Larynx gewidmet, von welchen ich Ihnen hier schematische Zeichnungen vorlege.

Die in der Mehrzahl der Fälle erzielten guten Resultate sind zum grossen Theil der freundlichen Mitwirkung unseres Collegen Herrn Dr. G. W. Jacoby von der Nervenabtheilung zu danken, welcher mit grösster Bereitwilligkeit die elektrische Behandlung nach den ihm gemachten Angaben vornahm. Da seine Arbeitstage mit den unserigen dieselben sind, so konnte, wenn erforderlich, nach der Anwendung der Elektrizität an dem nämlichen Tage die Lokalbehandlung stattfinden und dem Patienten auf diese Weise unnöthige Mühe und Besuche erspart werden. In Folge dieses Arrangements nahmen alle Tensoren- und Abduktorenparesen einen günstigen Verlauf und konnten als geheilt entlassen werden. Die einzige Ausnahme war ein Dienstmädchen mit sogenannter hysterischer Lähmung — doppelseitiger Lähmung der *Mm. crico-arytenoidei laterales* — welches erst nach längerem Aufenthalt im Deutschen Hospital geheilt wurde.

Die vier Patienten mit Parese der Glottisöffner vertheilen sich gleichmässig auf beide Abtheilungen und waren meine beiden Fälle unilaterale Lähmungen. Einer derselben ist jetzt seit Sommer 1885 unter Beobachtung und das laryngoskopische Bild ist die ganze Zeit sich gleich geblieben. Die Patientin, eine Wittwe von 48 Jahren, in keiner Weise hereditär belastet, hatte im Anfang Gefühl von Druck auf der Brust mit leichten lancinirenden Schmerzen gegen die linke Seite vom Sternum; die Stimme schwach, aber nicht heiser. An der schmerzhaften Stelle fand sich eine leichte Dämpfung, und da alle anderen Organe, besonders die grossen Gefässe, keine Abnormität zeigten, wurde vorausgesetzt, dass ein Tumor wahrscheinlich im Mediastinum existire, welcher auf den *Nervus recurrens* drücke. Bei der Untersuchung zeigt es sich, dass das linke Stimmband unbeweglich in der Mitte sich befindet, mit einer leichten Krümmung nach aussen, besonders im Centrum — demnach eine Parese des *M. thyreo-arytenoid. intern.* Da die Patientin gleich nach Beginn ihres Leidens um Hülfe nachsuchte und von Anfang an die Lähmung des *M. thyreo-arytenoid. intern.* existirte, so macht das laryngoskopische Bild entschieden den Eindruck einer paralytischen und nicht einer spasmodischen Affektion.

Bei Krampfzuständen der Adduktoren nehmen bekanntlich die Stimmbänder dieselbe Stellung an, wie bei Paralyse der Abduktoren. Während nun bisher diese Affektion — dauernde Stellung eines oder beider Stimmbänder in der Medianlinie — als Parese der Abduktoren aufgefasst und von Semon (1881) durch die vorwiegende Neigung der Abduktoren, zuerst zu erkranken, erklärt wurde, hält Krause (1884) die Krankheit für einen Krampf der Adduktoren. Während nun nicht geleugnet werden kann, dass manche Fälle, welche bisher als Paresen betrachtet wurden, als krampfartige Zustände erklärt werden müssen, so ist doch das Vorkommen von Abduktorparesen ausser allem Zweifel und muss jeder Fall einzeln für sich beurtheilt werden — eine Ansicht, die auch kürzlich Gerhardt (1885) vertreten hat.

Zwei meiner Patienten wurden an Larynxpapillomen operirt. Ein

Arbeiter in mittleren Jahren, vor Kurzem eingewandert, klagte über seit ca. zwei Jahren bestehende Heiserkeit. Bei der Untersuchung zeigten sich zwei kleine Tumoren am rechten Stimmband, einer in der Mitte an dessen freiem Rande, der andere am unteren Ende, nahe dem Giesskannenknorpel. Der erste wurde mit der Guillotine abgeschnitten, der zweite mit einer laryngealen Quetschzange zerdrückt und der übrigbleibende Stumpf mehrere Male mit Chromsäure geätzt. Der zweite Patient war ein Fabrikmädchen von 25 Jahren, das bei seinem Eintritt ins Dispensary fast völlig aphonisch war. Das rechte Stimmband war normal, das linke jedoch schien in seiner ganzen Länge eine Umbildung in eine leicht röthliche, weiche Masse eingegangen zu sein und nirgends war das Stimmband selbst sichtbar. Da angenommen wurde, dass die Neubildung sich auf der Oberfläche des Stimmbandes entwickelt habe und das letztere in seiner Integrität noch erhalten sei, wurden Oberflächenätzungen der Geschwulst mit Chromsäure vorgenommen. Im Zwischenraum von acht Wochen wurden sechs Applikationen gemacht, und das Resultat war, dass die Patientin jetzt mit lauter, starker Stimme sprechen kann, obwohl noch Heiserkeit in leichtem Grade fortbesteht. Die Patientin ist mit dem Resultat zufrieden, und da sie jetzt ausserhalb der Stadt Beschäftigung gefunden hat, stellt sie sich einmal monatlich zur Kontrolle vor.

III. Unter den Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes ist anscheinend die Anzahl der Patienten mit chronischer, katarrhalischer, hypertrophischer Rhinitis unverhältnissmässig gross, doch sind hier die Verhältnisse dieselben wie bei der granulösen Pharyngitis.

Eine genauere Untersuchung, besonders die *Rhinoscopia posterior*, ergab oft eine Schwellung und Hypertrophie einzelner Muscheln und des Septums, welche, wenn übersehen, den Fall als einfache chronische Rhinitis oder Rhinopharyngitis hätten erscheinen lassen. Besonders die letztere Krankheit, die hierzulande oft fälschlich als "*Catarrh of the head*" bezeichnet wird, war in vielen Fällen mehr als ein Folgezustand von pathologischen Prozessen in der Nase und dem Nasenrachenraum, als als eine einfache katarrhalische Affektion des letzteren befunden worden. Alle Fälle, in denen sich hypertrophisches Gewebe zeigte, wurden der hypertrophischen Form beigezählt, welcher Umstand natürlich die Zahl der letzteren auf Kosten der einfachen katarrhalischen Form vergrössert.

Alle modernen Hülfsmittel der Rhinologie kamen in Anwendung, um das hypertrophische Gewebe zu entfernen ; eine nicht unbedeutende Anzahl Patienten wurde in meiner Office mit dem Galvanocauter operirt. Ich will Ihre Geduld nicht auf die Probe stellen, indem ich auf die so oft ventilirte Frage der Reflexneurosen zurückkomme, ich will nur sagen, dass im Verhältniss Dispensary-Patienten nach meiner Erfahrung weniger häufig über solche klagen als Privatpatienten. Ein Fall, welchen ich jedoch nicht als Reflex, sondern als mechanische Resultante von Nasenobstruktion und dadurch beinflusster lokaler Circulationsstörung auffasse, verdient kurz erwähnt zu werden.

Ein Dienstmädchen von 25 Jahren kam zur Dispensary mit einer höchst entwickelten *Acne rosacea* der Nase, und war ich schon im Begriff, dieselbe an die Hautabtheilung zu überweisen, als sie mir klagte, dass sie schon längere Zeit keine Luft durch die Nase habe. Beide Nasenlöcher zeigten sich bei der Untersuchung vollständig mit hyperthrophischem Gewebe ausgefüllt, das von den Muscheln sowohl, als vom Septum seinen Ausganspunkt nahm ; Polypen jedoch waren nicht zugegen.

Drei energische Applikationen mit *Acidum chromicum* machten die Nase für Luft durchgängig und drei weitere stellten sie völlig her — ein Resultat, das mich nicht blos wegen der Kürze der erforderlichen Zeit, sondern auch wegen seines guten Erfolges überraschte. Die Nase verlor nicht nur ihre rothe Farbe, sondern nahm auch ihre frühere Gestalt wieder an.

Gestatten Sie mir noch, meine Herren, Ihnen in wenigen Worten die Krankheitsgeschichten der beiden letzten Fälle in unseren Tabellen zu geben, welche einmal wegen der erfolgreichen Anwendung der Galvanocaustik im Nasenrachenraum interessant sind, andererseits, besonders der letztere, wegen des Aufwandes von ungewöhnlich viel Arbeit und Mühe und wegen des seltenen Sitzes und Charakters der Geschwulst.

Der erste Patient, ein erwachsener Mann, war schon einige Zeit wegen granulöser Pharyngitis und nasaler Hypertrophie in Behandlung. Da er sehr reizbar war, wurde der Nasenrachenraum blos zwei- oder dreimal untersucht und dabei eine kleine Verdickung am Rachendache beobachtet, welcher aber keine weitere Aufmerksamkeit geschenkt wurde, da der Kranke keine Sekretion im Rachen hatte, sondern blos über Irritation und Trockenheit im Halse und das Gefühl, als ob etwas im Halse stecke, klagte — die gewöhnlichen Beschwerden bei Pharyngitis. Als nach geeigneter Behandlung des Rachens und der Nase diese Theile zum normalen Zustand gebracht worden waren, der Patient aber trotzdem sich nicht besserte, wurde dem Nasenrachenraum mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Die kleine Geschwulst hatte unterdessen an Grösse zugenommen, machte aber nicht den Eindruck einer hypertrophischen Pharynxtonsille, sondern war gleichmässiger, glatt in ihrer Erscheinung. Ich schlug dann dasselbe Verfahren ein, das ich kurz vorher bei einem Privatpatienten angewandt hatte. Ich führte nach der Wales'schen Methode eine dünne elastische Röhre in ein Nasenloch ein und zum Munde heraus, und indem ich den weichen Gaumen nach vorne zog, knüpfte ich sie fest über der Oberlippe zusammen. Dadurch wurde hinlänglich Raum für den Spiegel und Instrument gewonnen. Der Patient hielt den Zungenspatel, und nachdem eine gekrümmte Elektrode unter Spiegelleitung bis an den Tumor gebracht worden, schloss ich den Strom. Das Heraussickern mehrerer Tropfen zäher Flüssigkeit und das Zusammenfalien der Geschwulst bestätigten die Diagnose einer Cyste der *Bursa pharyngea*, und nach einigen adstringirenden Applikationen verschwand die Cyste völlig und der Patient war geheilt. Da ich ihn mit dem Auftrage entliess, wiederzukommen, wenn er Beschwerden fühle, und er dies nicht gethan hat, so ist anzunehmen, dass die Heilung eine dauernde ist.

Der zweite Patient war ein aufgeweckter Junge von 14 Jahren, der Sohn eines Mechanikers, welcher vor ca. einem Jahre über Verstopftsein der Nase zu klagen anfing und dessen Nase seit den letzten zwei Monaten für Luft völlig undurchgänglich war. Der Knabe war der Typus eines Mundathmers mit ausgesprochener nasaler Stimme, sonst jedoch völlig wohl. Die *Rhinoscopia anterior* ergab normale Verhältnisse; die *R. posterior* aber zeigte den ganzen Rhinopharynx mit einer glatten, homogenen, graurötlilich aussehenden Geschwulst ausgefüllt. Glücklicherweise ertrug der Knabe das Rhinoskopiren sehr gut, was die späteren verschiedenen Manipulationen und Operationen sehr erleichterte. Die Grössenverhältnisse des Tumors schienen auf der rechten wie linken Seite dieselben zu sein und war der Vomer vollstandig von ihm bedeckt. Diese gleichmässige Gestaltung erschwerte anfänglich ungemein die

Diagnose, von welchem Theil die Geschwulst ihren Anfang genommen habe, und war die Kenntniss des Sitzes des Stieles für die erfolgreiche Entfernung sehr wünschenswerth. Mehrere Untersuchungen mit Sonden und anderen passend gekrümmten Instrumenten klärten die Sachlage nicht auf und machten auch die Hohlmeisselzange, wie auch Schlingen durch Nase und Rachen eingeführt, keinen Eindruck auf die Geschwulst. Schliesslich nahm ich Zuflucht zur Galvanocaustik, in der Hoffnung, dass wenn es mir gelingen sollte, einen Theil des Tumors zu zerstören, seine Ursprungsstelle zu Tage treten würde. Der Knabe war ein williges Werkzeug in meiner Hand, drückte sich die Zunge mit dem Spatel ruhig und fest herunter und gestattete den freien Gebrauch beider Hände für den Spiegel und die Elektrode. Ein gebogenes, galvanocaustisches Messer wurde unter Spiegelleitung in die Geschwulst gesenkt und der Strom geschlossen. Schon bei der ersten Applikation verkleinerte sich die Geschwulst und nach wenigen mehr kamen die rechte Choane und das Septum in's Gesichtsfeld. Von dieser Zeit an begann der Knabe wieder durch die Nase zu athmen. Der Ursprung des Tumors an der linken Seite des Nasenrachenraums war hiermit festgestellt und nach ca. acht ähnlichen galvanocaustischen Operationen wurde auch die linke Choane mit allen normalen Muscheln sichtbar. Die Geschwulst war jetzt zur Grösse einer Erbse reduzirt und an der linken seitlichen Rachenwand sesshaft ; die eustachische Röhre selbst konnte noch nicht gesehen werden. Mehrfache Versuche, dieselbe mit der Jarvis'schen Schlinge nach Art der Entfernung von hinteren Muschelhypertrophien zu fassen, waren erfolglos. Erst als der Schlinge noch eine stärkere seitliche Krümmung gegeben wurde, ward der Rest gefasst und abgeschnürt. Mit Hülfe des Rhinoskops konnte die Abschnürungsstelle deutlich gesehen werden und war diese an dem ungewöhnlichen Platze — der Lippe der eustachischen Röhre an der linken Seite. Von dieser Zeit an war der Knabe gesund. Ich bedauere, Ihnen nicht das Resultat der mikroskopischen Untersuchung geben zu können, da das entfernte Stückchen auf unerklärliche Weise verloren gegangen ist. Nach dem Sitz, Wachsthum und Charakter ist die Geschwulst wohl als ein fibromucöser Polyp des Nasenrachenraums anzusehen, welche, wenn auch selten, bekanntermaassen an diesem Platze vorkommen.

117 Zweite Avenue.

Ueber Urticaria.

Von Dr. Hermann G. Klotz, Ord. Arzt am *Deutschen Hospital und Dispensary*, N. Y.

Vorgetr. in der *Med. Chir. Gesellschaft d. A. f. N. Y. u. U.* am 7. März 1887.

M. H.! Wenn Sie in den Lehrbüchern der Dermatologie das Kapitel über Urticaria durchsehen, so finden Sie da eine Anzahl der verschiedenartigsten Zustände beschrieben, die theils aus lokalen Ursachen als lokale Krankheiten, theils durch Einführung chemischer Substanzen in den Kreislauf als mehr oder weniger allgemeines Hautleiden verlaufen, theils auf die verschiedensten Veranlassungen hin bald als akuter, bald als chronischer Vorgang in Verbindung mit Störungen des Allgemeinbefindens sich darstellen. Das Gemeinsame derselben ist immer die Form des Ausschlags, und zwar werden Sie Sich überzeugen, dass sich unter dem Namen Urticaria alle möglichen Zustände zusammengefasst finden, bei denen es zur Bildung von Quaddeln kommt, dass also die morphologische Einheit der Quaddel zur nosologischen

Einheit erhoben worden ist. Dies ist offenbar ein Ueberbleibsel aus früheren Zeiten, in denen man allgemein den Namen der elementaren Ausschlagsform zur Bezeichnung von Krankheiten oder Krankheitsgruppen gebrauchte, eine Sitte, die zu vielen Verwirrungen führte und oft ganz heterogene Zustände in einer Gruppe vereinigte; alle neueren Systeme aber sind bemüht gewesen, dieses Verfahren aufzugeben, und es wäre wünschenswerth, auch betreffs der Urticaria mit der alten Sitte zu brechen. In der That hat Auspitz in seinem in 1881 erschienenen „System der Hautkrankheiten" bereits den Weg gezeigt, wie dies zu bewerkstelligen, und besonders auf Grund seiner Auseinandersetzungen will ich es versuchen, die verschiedenen bisher unter dem Namen der Urticaria zusammengefassten Krankheitsbilder auseinanderzuhalten, nicht jedoch, indem neue Unterarten aufgestellt und somit die ohnehin allzu grosse Zahl von Namen noch vermehrt werden würde, sondern indem die einzelnen Zustände anderen bereits bestehenden Krankheitsgruppen zugewiesen, bez. untergestellt werden. Es ist dabei keineswegs nothwendig, zu diesem Zweck Auspitz's System *in toto* in den Kauf zu nehmen; ich gedenke vielmehr zu zeigen, dass eine derartige Abtrennung auch mit Leichtigkeit mit den gebräuchlichen Eintheilungen der Hautkrankheiten zu vereinbaren ist.

Die Quaddel, *Urtica, Pomphus, Wheal* genannt, stellt eine circumscripte, flache, solide Erhebung über das Niveau der Haut dar, von verschiedenartiger Grösse und Gestalt, bald rund, oval oder unregelmässig confluirend, meist von weisser Farbe, gegen die Peripherie von einem rothen Saum oder Hof umgeben, die meist rasch entsteht unter lebhaftem Jucken und Brennen, um nach mehr oder weniger kurzem Bestehen wieder zu verschwinden, ohne Hinterlassung irgend einer Veränderung der Haut, namentlich ohne Abschuppung. Den pathologischen Vorgang, welcher diesen Veränderungen der Haut zu Grunde liegt, genau zu bestimmen, ist bei der flüchtigen Natur desselben zur Zeit noch nicht definitiv möglich gewesen. Offenbar handelt es sich um einen einfach entzündlichen Vorgang: Hyperämie und akutes Oedem; wahrscheinlich aber spielen dabei Krampfzustände einzelner Gefässbezirke neben Lähmung anderer die Hauptrolle. Francis und Elisabeth Hoggen[1]) haben auf Grund von Untersuchungen von Präparaten von Urticaria pigmentosa für diese angenommen, dass bei der Quaddelbildung eine massenhafte Auswanderung weisser Blutkörperchen, mit Anschwellung des Protoplasma dieser Zellen, stattfinde (wodurch auch die weisse Farbe der Quaddel bedingt werde), ein freies Oedem aber nicht vorhanden sei; sie glauben, dass auch bei der gewöhnlichen Urticaria der Vorgang derselbe sei. Unna hat diese Befunde auf der Naturforscherversammlung in Berlin (1886) für die Urticaria pigmentosa bestätigt. Seine Arbeit ist zur Zeit im Originale noch nicht zugänglich. Aus einem Auto-Referat in der *Viertelj. Dermatol. u. Syphilis* geht hervor, dass er die Urticaria-Quaddel als ein auf Nervenreiz entstandenes, von vasomotorischen Störungen begleitetes acutes Oedem sehr flüchtiger Natur ansieht, das in den erweiterten Lymphspalten seinen Sitz hat, insbesondere in der Umgebung der grösseren Gefässe.

Die Elasticität dieses Oedems, das sich nicht wegdrücken lässt, weist auf ein in der Nähe liegendes Hinderniss der Resorption hin, das offenbar unter Nervenkommando steht. Ein Spasmus der grösseren Haut-

[1]) *Monatsschrift f. prakt. Dermatologie*, II., 1883.

venen, welche normaler Weise der Lymphresorption dienen, erklärt die histologischen wie die klinischen Details der Quaddelbildung. Soweit Unna. Es ist somit wohl anzunehmen, dass beim Zustandekommen der Quaddelbildung Aenderungen des Gefässtonus eine wesentliche Bedingung bilden, und dass Vorgänge in den sogenannten vasomotorischen Nerven denselben zu Grunde liegen. Die dieselbe fast regelmässig begleitende Sensibilitätsstörung des Juckens bedarf vorläufig noch der Erklärung, wie überhaupt alle die Lehren von den Gefässnerven, trophischen Nerven u. s. w. noch sehr in Dunkel gehüllt sind.

Quaddelbildung kann bei Hautentzündungen verschiedener Art vorkommen ; warum in dem einen Falle der anzunehmende Gefässkrampf eintritt, in dem andern die Entzündung ohne denselben verläuft, darüber fehlt uns ebenfalls noch die Erklärung.

Zunächst finden wir Quaddelbildung als rein lokale Störung, hervorgerufen durch lokale Ursachen, vor Allem als Einwirkung der Berührung mit den Blättern und Stengeln der Brennnessel, von der ja als dem Urtypus der Quaddel der Name abgeleitet ist ; in ähnlicher Weise durch Berührung mit gewissen behaarten Raupen, z. B. der sogenannten Prozessionsraupe ; ferner durch die Stiche gewisser Insekten, als des Flohes, der Wanze, der Mückenarten, vorzüglich der Mosquitoes. (Manche Lehrbücher führen als derartige Reize auch *Rhus venenata* und *R. toxicodendron*, sowie die verschiedenen Arten von Läusen an ; allein bei der Berührung mit Rhus pflegt eine viel heftigere bullöse Dermatitis aufzutreten und die verschiedenen *Pediculi*-Arten rufen überhaupt keinen Ausschlag hervor ; die bei Anwesenheit derselben beobachteten Veränderungen der Haut sind lediglich secundäre, durch Kratzen bedingte.) Die Blätter der Nessel sind mit feinen Haaren besetzt, an deren Wurzel ein drüsenartiges, eine chemisch reizende Substanz enthaltendes Gebilde liegt ; bei der Berührung mit der Haut bohren sich die Haare in dieselbe ein, brechen ab und ergiessen die reizende Substanz, vielleicht aus Ameisensäure bestehend, in die Wunde. Aehnlich sind die Vorgänge beim Bisse der aufgeführten Insekten. Wir haben also hier ein Trauma und eine lokale chemische Reizung, ähnlich wie bei anderen Fällen der einfachen Dermatitis, und zwar tritt hier die Quaddelbildung in der Regel bei jedem Menschen, wenn auch in verschiedenem Grade, als Folge der einwirkenden Schädlichkeit auf. Es ist somit wohl kein Grund vorhanden, warum wir diese Fälle von Quaddelbildung nicht einfach unter die *Dermatitis traumatica s. venenata* einreihen sollten, einer Krankheitsspecies, die sich sowohl bei Hebra wie in anderen neueren Systemen bereits vorfindet.

Bei Weitem die grösste Anzahl aller Fälle von Quaddelbildung, und jedenfalls die am besten bekannten, sind diejenigen, welche durch Einführung gewisser Medicamente oder mancher Nahrungs- und Genussmittel in den Verdauungskanal, bez. den Kreislauf hervorgebracht werden, als Urticaria medicamentosa, bez. Urticaria ab ingestis bezeichnet. Ich kann es wohl unterlassen, alle die in Frage kommenden Substanzen hier anzuführen. Nun ist, m. H., schon seit längerer Zeit die Nothwendigkeit der Aufstellung der Gruppe der sogenannten Arznei-Exantheme klar geworden und Sie finden dieselben in verschiedenen Lehrbüchern aufgeführt, so bei Behrend unter obigem Namen, bei Dühring als *Dermatitis venenata s. medicamentosa*, bei Schwimmer (Ziemssen) als Arznei-Erythem, bei Auspitz als *Erythanthema toxicum*. Bei der Beschreibung derselben werden Sie überall angeführt finden, dass bei solchen Exanthemen entweder vorwiegend oder

Zuthun von selbst wieder verschwindet; hingegen machen die begleitenden, oft sehr heftigen Sensibilitätsstörungen des Juckens und Brennens allerdings Ansprüche auf Berücksichtigung. Die Mittel werden für alle Gruppen mehr oder weniger dieselben sein können, nur werden wir nicht in allen Fällen von denselben Mitteln Erleichterung sehen. Kaltes Wasser, in Form von Ueberschlägen, Douchen oder Waschungen, je nach der Ausbreitung, genügen oft allein, um Linderung zu schaffen, besser noch mit Zusatz von Alcohol, Essig, Zitronensäure, Karbolsäure, Chloral, Salicylsäure; in anderen Fällen von Soda, Salz, Stärke, Borax, Salmiak, Ammoniak; lauwarme Bäder mit Zusatz von diesen Substanzen, besonders kohlensaurem Natron und Kali, wirken oft beruhigend, weniger das einfache Bad. Verdünnter Zitronensaft ist ein leicht zu beschaffendes, oft recht nützliches Mittel. Die üblichen Pulver von Zink, Stärke etc. scheinen wenig Wirkung zu haben; Salben noch weniger, mit Ausnahme vielleicht der Chloral-Kampher-Salbe, die aber gelegentlich auch das Brennen vermehrt. Damit wäre die Behandlung der lokalen Dermatitis mit Quaddelbildung erschöpft.

Die toxischen Exantheme erfordern natürlicher Weise das Weglassen der betreffenden Medikamente, das Vermeiden der in Frage kommenden Speisen; unter Umständen mag die Entfernung der *Ingesta* durch ein Brechmittel rathsam sein, umsomehr, als wohl hier und da die Natur selbst dieses Mittel in Anwendung bringt, indem der Quaddelausbruch von Erbrechen begleitet ist; in anderen Fällen mag ein Abführmittel, besonders salinischer Natur, durch schleunigere Entfernung der schädlichen Substanz noch Vortheil bringen, meist aber pflegt die Krankheit nicht von langer Dauer zu sein. Eine eigentliche Behandlung dürfte wohl selten indicirt sein. Bei den multiformen Erythemen mit Quaddelbildung sind vor Allem die etwa nachweisbaren Ursachen zu berücksichtigen. Natron salicylicum und Chinin sind wohl am häufigsten bei den scheinbar idiopathischen Formen anzuwenden, die unter dem Einfluss der Jahreszeit und mit rheumatischen Erscheinungen gepaart auftreten; das Letztere ganz besonders natürlich da, wo Verdacht auf, oder Nachweis von Malaria-Erkrankung vorliegt. Störungen der Verdauungs- und Sexualorgane erfordern die Behandlung dieser Zustände; namentlich verdient die Regelung des Stuhlgangs Beachtung. Hier erweist sich das Karlsbader Salz oft von guter Wirkung, während bei mehr dyspeptischen Zuständen Mineralsäuren besonders versucht werden müssen. Viel mehr Schwierigkeiten aber macht die Behandlung der eigentlichen, habituellen Urticaria oder Nesselsucht; da wir von der Natur des ganzen Zustandes eigentlich keine Auskunft haben, ist dieselbe mehr oder weniger empirisch. Zuerst verdient der allgemeine Ernährungszustand des Kranken, seine äusseren Verhältnisse und Umgebung, seine Lebensweise Berücksichtigung. Wechsel des Aufenthaltsorts, des Klimas, der Beschäftigung können von Nutzen sein; bald mag Aufenthalt an der See, bald in den Bergen wohlthuenden Einfluss haben; Seebäder oder andere roborirende Badekuren können in Anwendung kommen. Ueber die etwaige Wirkung der Massage habe ich weder durch eigene Erfahrung, noch durch Berichte von Anderen Auskunft, doch würde wohl auch diese unter Umständen in Frage kommen. Bei vorhandenen Erkrankungen der Digestions- oder anderer Organe gilt natürlich das oben bereits Gesagte. Von Arzneimitteln haben im Ganzen die reinen Nervenmittel, wie auch die Brompräparate keine besonderen Erfolge aufzuweisen;

Chinin und salicylsaures Natron sind auch hier nicht selten von Erfolg begleitet, wenn sie längere Zeit in nicht zu kleinen Gaben vertragen und fortgesetzt werden. Schwimmer redet namentlich dem *Chin. hydrobromic.* das Wort (0,50 — 0,60 *pro die*). Am meisten Vertrauen verdient mit das zuerst wegen seiner physiologischen Wirkung auf die vasomotorischen Centren angewandte Atropin, von dem ich wiederholt dauernde Beseitigung sehr hartnäckiger Fälle gesehen habe. Die Dosis ist gewöhnlich $\frac{1}{2}$ Milligramm (0,0005g = $\frac{1}{120}$ Gran) ein- oder zweimal des Tages. Grosse Vorsicht auch in Steigerung der Dosis ist hier zu empfehlen : ich sah bei einem Kranken heftige Intoxicationserscheinungen auftreten und zwar wiederholt als die Dosis von $\frac{1}{120}$ auf $\frac{1}{90}$ Gran (von 0,0005g auf 0,0006g) erhöht wurde. Arsenik ist ebenfalls viel empfohlen, auch Pilocarpin hier und da mit Erfolg angewandt worden. Die grosse Menge der empfohlenen Mittel, die ich hier durchaus nicht erschöpfend aufgeführt habe, beweist Ihnen auf's Deutlichste, m. H., dass die Behandlung der Nesselsucht keineswegs immer eine dankbare ist, ja in recht vielen Fällen trotzt die Krankheit jeder Behandlung.

Ein Fall von Abdominal-Tumor.

Von Dr. Arnold Stub, Brooklyn.

Vorgetragen und demonstrirt in der Sitzung der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 6. Dezember 1886.

Frau N. N., 51 Jahre alt, verheirathet, aber kinderlos, erkrankte vor etwa 6 Jahren an einem Spitzenkatarrh der linken Lunge. Ich diagnostizirte damals beginnende Tuberkulose, fand jedoch, dass sämmtliche darauf hindeutende Symptome im Laufe einiger Monate schwanden, und mit Ausnahme einer etwas verschärften Exspiration liessen sich keine physikalischen Symptome nachweisen. Nachdem die akuten Erscheinungen nachgelassen, verordnete ich Hypophosphate und habe Ursache zu glauben, dass deren Gebrauch Jahre lang fortgesetzt worden ist.

Von dieser Zeit bis zum 12. August 1885 scheint die Frau sich wohl befunden zu haben. An diesem Tage jedoch stellte sich ihre Menstruation ein und fühlte sie zur selben Zeit eine Schwere im Unterleib und Druck nach dem Mastdarme zu. Da im September ihre Menstruation ausblieb, ihr Leib augenscheinlich stärker wurde und das unbehagliche, wehenartige Gefühl nicht nachliess, sah sie sich veranlasst, mich am 5. October 1885 zu konsultiren.

Ich konstatirte durch bimanuelle Untersuchung einen extrauterinen Tumor, der deutlich durch die Vaginalwandungen im Douglas'schen Raum als harte Masse fühlbar war und sich auf der vorderen Wand des Uterus bis in die Gegend der Ovarien erstreckte. Die Geschwulst war schmerzlos, die Oberfläche uneben und ergab das Gefühl, als wenn sie mit Knötchen besetzt wäre. Os und Cervix normal. Patientin, 51 Jahre alt, sehr anämisch, fühlte sich schwach und nervös aufgeregt. Stuhlgang regelmässig. Urin normal. Appetit gering. Körpertemperatur normal. Schlaf unregelmässig.

Auf Befragen sah ich mich genöthigt, das Resultat meiner Untersuchung den Angehörigen der Patientin mitzutheilen ; eine Konsultation mit Herrn Dr. Skene wurde beschlossen und am 6. Oktober abgehalten. Derselbe erklärte sich mit meiner Diagnose einverstanden und sprach

die Befürchtung aus, dass der Tumor ein Carcinom sein könnte. In diesem Falle müsste die Prognose selbstverständlich lethal zu stellen sein. Dr. S. rieth mir ferner, sobald ein seröser Erguss in die Bauchhöhle stattfinden sollte, eine genaue mikroskopische Untersuchung vorzunehmen.

Der Zustand der Patientin blieb derselbe bis zum 11. März 1886; an diesem Tage war ich im Stande, Flüssigkeit in der Bauchhöhle zu diagnostiziren. Vermittels eines Aspirateurs zapfte ich circa 16 Unzen einer stark gerötheten Flüssigkeit ab, die ich nun mikroskopisch untersuchte. Auffallend war sofort die grosse Menge grösstentheils in *Rouleaux* gelagerter rother Blutkörperchen, nebst vielen weissen; dann die von Drysdale beschriebenen Körper, die mich zuerst auf Ovariencyste schliessen liessen, bis ich über die sehr ausführliche Arbeit von Dr. Garrigues[1]) referirte, in der ausdrücklich bewiesen wird, dass jene Körper von keiner diagnostischen Bedeutung sind. Ferner fand ich bei Benutzung von Zeiss' System D. und D., D. mit Ocular 3 jene von Dr. Keith und Dr. Foulis in Edinburgh zuerst entdeckten, und später von Dr. Thornton beschriebenen hyalinen Zellen vor, bei denen meines Wissens zuerst von Herrn Dr. Garrigues in oben erwähnter Arbeit amöboïde Bewegungen beschrieben worden sind. Ich gestehe, dass jene amöboïden Bewegungen von mir für mechanische Expansionen und Kontraktionen gehalten worden sind, die ich mir dadurch entstanden

dachte, dass die sich in Bewegung befindende Flüssigkeit durch die Vakuolen der Zellen floss. Denn so lange die Flüssigkeit und mit ihr die Zellen sich in Bewegung befanden, bemerkte ich die amöboïden Be-

[1]) Diagnosis of Ovarian Cysts; *American Journal of Obstetrics*; June and July 1882.

3

wegungen sehr deutlich, und konnte bei einigen jener Körper sehr transparente Ausläufer ausschiessen und sich wieder zusammenziehen sehen. Sobald jedoch die Flüssigkeit zur Ruhe gekommen war und die Körper zum Abzeichnen unter dem Focus blieben, konnte ich keine weiteren Bewegungen bemerken. Diejenigen Zellen, bei denen ich die amöboïden Bewegungen bemerkt habe, habe ich auf den vorliegenden Zeichnungen mit 1 markirt. Jene Zelle, die 1 2 markirt ist, machte auf mich den Eindruck, als wenn sie einer fettigen Degeneration verfallen wäre, und hat die Dame, die die Zeichnungen für mich gemacht, auch solches angedeutet. Wie ich jedoch später ähnliche Zellen in der Flüssigkeit vorfand, untersuchte ich dieselben mit dem Zeiss'schen Immersions-System I., Ocular 4, und g l a u b e bemerkt zu haben, dass, was ich für Fettkörper angesehen, s e h r k l e i n e V a k u o l e n waren.

Wenn es wirklich Fetttropfen gewesen sein sollten, so hätte jene Zelle unmöglich amöboïde Bewegungen haben können; denn ich glaube behaupten zu dürfen, dass eine der fettigen Degeneration verfallene Zelle aufgehört hat zu leben. Habe ich recht gesehen und sind die bei einer Vergrösserung von 320 Durchmessern wie kleine Fetttropfen aussehenden Punkte wirklich Vakuolen, so kann ich nicht umhin, die Aehnlichkeit hervorzuheben, die zwischen diesen Gebilden und der von Dr. W. Zopf beschriebenen und gezeichneten Zoocyste von *Vampyrella variabilis* besteht. Unwillkürlich drängt sich mir die Frage auf, ob die in einer ascitischen Flüssigkeit vorgefundenen Gebilde dieser Art nicht in ähnlicher Weise entstehen mögen wie jene Amöben, die man gewinnt, wenn Wasser mit Gras in bekannter Art gemengt wird, und mit der Neubildung in der Bauchhöhle nur insofern in Verbindung stehen, als sie chemische Zersetzungsprodukte sein dürften und im Serum ihren Ursprung haben.

Jedenfalls, wenn sie direkt aus der Neubildung, sei es Carcinom oder Sarkom, herstammten, müssten sie bei frischen Zupfpräparaten schon entdeckt worden sein, was meines Wissens nicht der Fall ist. Sollte ich übrigens wieder Gelegenheit haben, diese Körper zu finden, so werde ich nicht unterlassen, dieselben im hängenden Tropfen zu untersuchen, da die gewöhnliche Untersuchungsmethode auf dem Objektträger unter Deckglas zu Trugschlüssen Veranlassung geben kann, wenn man sich von amöboïden Bewegungen überzeugen will. Anders scheint es sich mit den Bündeln von Zellen zu verhalten, die ich auf der Zeichnung mit 4 markirt habe. In sämmtlichen Gebilden war kein Nucleus zu entdecken, und möchte ich annehmen, dass jene Zellen den mir allerdings etwas unverständlichen, aber von verschiedenen Autoren Coagulationsnekrose genannten Prozess durchgemacht haben und von der Neubildung in der Bauchhöhle abgelöst worden sind. Ob der soeben erwähnte Prozess schon stattgefunden, ehe die Zellen abgestossen wurden, oder erst später, nachdem sie in dem Serum suspendirt waren, scheint zweifelhaft zu sein. Uebrigens ist mir nicht bekannt, dass jene Gebilde jemals im Gewebe selbst entdeckt worden wären.

Ueber die sogenannten Drysdale'schen Zellen spricht sich Herr Dr. Garrigues in seiner Arbeit dahin aus, dass es seiner Ansicht nach Kerne sind, die einer fettigen Degeneration unterworfen und von Zellen herstammen, die auch die Verfettungs-Metamorphose durchgemacht haben, und die wir in der Flüssigkeit als Bennet'sche Körper kennen gelernt haben. Herr Dr. Garrigues stellt aber gleichzeitig die Behauptung auf, dass Osmiumsäure kein gutes Mittel wäre, um Fett zu erkennen, da er nicht die erwartete Dunkelfärbung jener Stellen bekommen konnte, die

er für Fetttropfen angesehen, sondern nur deren Kontouren. Dieser Befund drängt mir unwillkürlich die Idee auf, dass die in den Drysdall'schen Körpern sich findenden hellen Stellen keine Fetttropfen sind, sondern auch kleine Vakuolen, und dass jene Körper nicht verfettete Kerne sind, sondern möglicherweise auch primitive Amöben. Das Faktum, dass es bis jetzt nicht gelungen, Kerne in der Drysdall'schen Zelle zu finden, beweist noch nicht, dass sie überhaupt keinen Kern hat, und möchte ich mir erlauben, an die von Dr. Zopf beschriebenen Monaden zu erinnern, bei denen man selbst mit den stärksten Immersionssystemen keine Kerne entdecken konnte, bis es Dr. Zopf erst kürzlich gelang, solche durch Färbung mit gewissen Anilinfarben zu demonstriren. Ich bin auch nicht im Stande gewesen, lichtbrechende Eigenschaften in den helleren Punkten der Drysdall'schen Zelle zu sehen, von denen ich auf Fetttropfen schliessen konnte. Wohl aber erinnerten mich die Zellen an jenes amöbenartige Gebilde, das ich in Dr. Heitzmann's Laboratorium als *Uvella* kennen gelernt habe.

Sehr schöne Beispiele der von Dr. Garrigues beschriebenen sekundären Cystenformation fanden sich in der Flüssigkeit vor. Leider fügte es sich, dass ich nie ein derartiges Gebilde unter den Focus bekommen konnte, wenn die Zeichnerin gegenwärtig war. Was denselben am nächsten kommt, ist Figur 3 und vielleicht Figur 4. Bei Benutzung des Imers. Syst. L., Ocular 3, also mit einer 1450-fachen Vergrösserung, habe ich sehr schöne acinöse Bildungen gefunden und ebenfalls Zellen gesehen, die mit Flimmercilien versehen waren und in denen *Nuclei* und *Nucleoli* nachgewiesen werden konnten.

Diese soeben beschriebenen Formen, mit Ausnahme der Drysdale'schen und Benett'schen Körper, werden von Keith, Foulis und Thornton (und, wenn ich nicht irre, schliesst sich Dr. Garrigues derselben Ansicht an) als positives diagnostisches Zeichen für die Anwesenheit einer malignen Degeneration angesehen. Bei seiner Anwesenheit in Brooklyn hat Dr. Keith Herrn Dr. Skene versichert, dass er nie ein Messer zur Operation ansetzen würde, wenn vorher die Anwesenheit jener hyalinen, mit Vakuolen versehenen Gebilde in der Bauchhöhle mikroskopisch demonstrirt worden ist.

Dr. Noeggerath hat mir gegenüber eine ähnliche Ansicht ausgesprochen. Hinzufügen möchte ich noch, dass die vorhin beschriebenen und von mir gemachten Beobachtungen in jeder durch Abzapfen gewonnenen Flüssigkeit im Verlaufe des Falles gemacht worden sind. Das entleerte Serum war zuerst sehr roth gefärbt, und koagulirte schnell, verdarb bereits nach zwei Tagen, und war eine mikroskopische Untersuchung nach dieser Zeit zwecklos: Beides Umstände, die nach Dr. Garrigues' Untersuchungen eine Ovariencyste ausschliessen liessen, und mich zur Annahme berechtigten, dass eine Ascites vorläge. Das spez. Gewicht der Flüssigkeit variirte zwischen 1.018 und 1.025. Im späteren Verlaufe des Falles, etwa zwei Monate vor dem Tode, wurde die Flüssigkeit heller, enthielt wenig Blutkörper, aber stets eine grosse Menge jener hyalinen Gebilde. Das spezifische Gewicht blieb wie zuvor.

Wie schon bemerkt, entleerte ich die Bauchhöhle zum ersten Male am 11. März 1886, sah mich genöthigt, dieselbe Operation schon am 28. März zu wiederholen, und entleerte 6 Quart der Flüssigkeit; von diesem Tage bis zu dem Tode der Frau, der am 17. November 1886 erfolgte, sah ich mich genöthigt, die Operation alle 14 Tage vorzunehmen, wobei ich jedesmal 6 Quart Flüssigkeit abzapfte; ja, die drei letzten Male stieg die Quantität auf 8 Quart.

Zu bemerken ist noch, dass das Befinden der Frau unter den Umständen verhältnissmässig gut war. Sie hatte keine Schmerzen, mässigen Appetit, regelmässigen Stuhlgang, mit Ausnahme leichter Anfälle von Diarrhöe, die auf Diätfehler geschoben werden konnten und sich leicht heben liessen. Am 13. Tage nach jedem Abzapfen stellten sich Beschwerden ein, die vor allen Dingen durch Spannung der Bauchwandungen entstanden.

Da die Patientin durchaus den Tumor entfernt haben wollte, wurde Dr. Lange am 19. Mai zur Konsultation nach Brooklyn gerufen, der, nach genauer Untersuchung, ebenso wie früher schon Dr. Skene, gegen jeden operativen Eingriff sich aussprach.

Als Kuriosum möchte ich mir mitzutheilen erlauben, dass im Monat Juli die Frau plötzlich die Idee bekam, sie müsse auf's Land, und ohne mein Wissen ging sie zwei Tage nach einer Abzapfung nach Red Bank, New Jersey, fuhr dort täglich auf die Bai hinaus und — fischte. Zur richtigen Zeit stellte sie sich wieder in Brooklyn ein, liess sich abzapfen, und fuhr trotz meiner Warnungen zurück nach Red Bank, um weiter zu fischen. So trieb sie es bis zum September.

Im Oktober stellte sich recht bedeutende Anasarca ein.

Am 13. November entleerte ich vermittelst eines sehr dünnen Trocars zum letzten Male die Bauchhöhle der Patientin, was, beiläufig bemerkt, jederzeit mit Anwendung der von Dr. Garrigues schon empfohlenen antiseptischen Vorsichtsmassregeln geschah. Wie ich am 15. meinen Morgenbesuch machte, fand ich sie ebenfalls gegen mein Verbot vollständig angekleidet beim Frühstück, und erklärte sie, dass sie sich sehr wohl befinde. Am Abend des 16. Nov. stellte sich plötzlich eine starke Dyspnöe ein, und am nächsten Morgen erfolgte der Tod.

Am 18. Nov. wurde auf meinen Wunsch die Autopsie von Herrn Dr. Brinkmann in Gegenwart von Dr. Thallon und mir gemacht.

Section: *Rigor mortis* gering. Flüssigkeit aus der Bauchhöhle vermittelst Trocar und Kanüle abgezapft. Nach Oeffnung der Bauchhöhle ward das Peritonäum mit harten Knoten bedeckt und durchwachsen gefunden.

Eingeweide untereinander und mit dem den Uterus einhüllenden Tumor verwachsen; es mussten einzelne Darmstücke unterbunden und mit dem Uterus und der Geschwulst zusammen entfernt werden.

Das Innere der Blase normal. Nieren, Milz und Leber normal; ebenso Herz und Perikardium. Alte Adhäsionen der Pleura der rechten Lunge. Im Apex derselben kalkige Concretionen.

Hydrothorax auf der linken Seite. Lunge verkleinert durch Druck. Adhäsion der Pleura an der Spitze der linken Lunge, in der verschiedene harte Knoten zu fühlen waren.

Nach Entfernung des Uterus und des Tumors führte ich eine Sonde durch den Cervix bis zum Fundus ein und öffnete den Uterus. Aus den Fallopischen Tuben quoll Eiter heraus. Der Uterus selbst, sowie das *Os externum* und Cervix erschienen mir normal. Nachdem ich eine Sonde in die eine der Fallopischen Tuben geführt, folgte ich dem Lauf der Sonde mit dem Messer, und fand, dass das Ovarium einer cystischen Degeneration verfallen war, deren Höhlen mit Eiter angefüllt waren. Auf den Aussenwandungen des Tumor's — der übrigens den ganzen Uterus, die *Ligamenta lata*, den Eierstock und einen Theil des Jejunum mit einschliesst — befinden sich an verschiedenen Stellen kleinere, theilweise Eiter und theilweise

seröse Flüssigkeit haltende Cysten. Ausserdem unter dem Finger leicht abbröckelnde Wucherungen. Dr. Skene, der den Tumor in Augenschein genommen, sprach die Ansicht aus, dass es ein Myxo-Cysto-Sarkom sein könnte.

Herr Dr. Heitzmann hat die Güte gehabt, die mikroskopische Untersuchung zu machen, und theile ich ihnen hiermit seinen mir zugeschickten Bericht mit:

Die Geschwulststücke wurden in Chromsäurelösung gehärtet. Schnitte zeigen unter dem Mikroskop ein Bindegewebsgerüst, reichlich von sogenannten Entzündungskörperchen durchsetzt und Alveolen einschliessend, welche mit kleinen Epithelien gefüllt sind. Die Nester sind entweder klein und solid, oder an ihrer Stelle erscheinen Stränge, oder auch hohle Cylinder. Ueberdies umschliesst das Bindegewebe zahlreiche Cysten, deren kleinere koagulirtes Fibrin oder Lymphe enthalten, während die grösseren mit seröser Flüssigkeit erfüllt sind. Diagnose: Cysto-Carcinoma.

Ueber die mikroskopische Untersuchung der Lunge liegt mir kein schriftlicher Bericht vor, da ich erst am letzten Samstag Herrn Dr. Heitzmann das Präparat zur Untersuchung einhändigte. Derselbe wird so freundlich sein, persönlich uns über den Befund Mittheilung zu machen.

Den Nachweis zu führen, dass der reichliche, ja überreichliche Genuss von Bier keine gesundheitsschädlichen Wirkungen habe, hat ein Herr G. Thomann im Auftrage der *United States Brewers' Association* unternommen. Er stützt sich dabei auf Untersuchungen, welche von einigen deutschen Aerzten an den Angestellten verschiedener Brauereien in New York und Umgegend angestellt worden sind, speziell vom Herrn Kollegen Dr. Guido Katzenmayer, der Arzt einer Krankenkasse ist, welcher mehrere Tausend der in New Yorker Brauereien Beschäftigten angehören.

Die mit grosser Sorgfalt und Mühe ausgearbeiteten Tabellen, welche über den körperlichen Zustand der Brauarbeiter Aufschluss geben, enthalten jedoch keine Angabe über die Quantität und Qualität des Pulses. Dies ist sehr zu bedauern und muss als ein Mangel bezeichnet werden. Denn wenn auch auf den Krankenlisten nur 0·4 Prozent aller Kranken an Herzkrankheiten litten, und wenn auch in den im Anhang beigegebenen Untersuchungstabellen Herzkrankheiten nur in wenigen Fällen verzeichnet sind und diese, bis auf eine Herzhypertrophie, alle als rheumatische Endocarditis bezeichnet werden, so ist doch die ungünstige Wirkung aller Alcoholica, und speziell des Bieres, auf das Herz eine ausgemachte Sache.

Leute, die täglich durchschnittlich 20 bis 30 Glass Bier trinken (Manche weniger, sehr Viele mehr) müssen im Laufe der Jahre ihren Herzmuskel schwächen und einen schnellen, kleinen Puls sich erwerben. Was das aber in Bezug auf den Gesundheitszustand des Organismus und die Wiederstandsfähigkeit desselben gegen Krankheiten zu bedeuten hat, brauchen wir an dieser Stelle nicht zu erörtern.

REFERATE.

Pathologie, Therapie und medizinische Klinik.

Frederick Treves. — On Faecal Accumulation. — *Lancet* und *D. M. Wochenschr.;* 1886, No. 45.

Treves wendet sich zunächst gegen die allgemeine Anwendung von Abführmitteln und meint, dass mässige Verstopfung keine nachtheilige Wirkung auf die Gesundheit mit sich zu bringen braucht. In einem Sinne darf man die Ileocöcalklappe beim Menschen als den wirklichen Anus betrachten. Der Dickdarm spielt eine sehr unwesentliche Rolle bei der Verdauung und gilt eher als Reservoir für die Fäcalmassen, bis sie entleert werden. Es ist schwer zu glauben, dass die Retention von Fäcalmaterial in dieser stumpfen Röhre so schlimme Folgen haben kann, wie man ihr zuschreibt. Es lassen sich zahlreiche Fälle zitiren, wo Verstopfung eine, zwei und sogar drei Wochen angehalten hat, ohne eine Gesundheitsstörung hervorzurufen. Es giebt ferner viele vollkommen gesunde Menschen, bei denen der Stuhlgang nur 1—2-mal wöchentlich erfolgt. Fälle genug sind bekannt, wo der Dickdarm mit unglaublichen Fäcalmassen gefüllt war, wobei die Ileocöcalklappe ihre Funktion noch vollkommen ausübte.

Stuhlverstopfung kann durch ungeeignete Kost, Indigestion, Schwäche der Darmmuskulatur, zu schnelle Resorption des flüssigen Theiles der Nahrung oder durch eine kleine Verengerung im Rektum verursacht werden. In solchen Fällen ein Aperiens zu verordnen, hiesse die Behandlung 20—30 Fuss vom Sitze des Leidens anfangen. — Auf der anderen Seite ist der zu häufige Gebrauch von *Drasticis* schädlich und häufig von schlimmen Folgen begleitet. Die Hauptgefahr bei Fäcal-Accumulation besteht in dem plötzlichen Auftreten der Symptome der akuten Darmobstruktion (*Ileus paralyticus*), welche gewöhnlich zum Tode führt. — Durch den fortgesetzten Druck der Fäcalmassen oder durch deren Reiz entstehen Geschwüre, welche eine bedenkliche Komplikation darstellen.

Was die Therapie anlangt, so empfiehlt T. eine systematische Untersuchung der *Faeces*, um eine Vorstellung der Leistungsfähigkeit des Digestionsapparates zu erhalten. Kaltes Wasser, des Morgens auf leeren Magen genommen, hat mitunter eine purgative Wirkung und ist dem blinden Eingiessen von Laxantien vorzuziehen. Von der Anwendung der Elektrizität ist wenig zu hoffen. Metallisches Quecksilber ist in vielen Fällen in Betracht zu ziehen. Eines der wirksamsten Mittel sind die Enemata, am meisten empfiehlt sich Wasser bei 100° F. Die Distention des Darmes mittelst Luft oder Kohlensäure hat keine besonderen Vortheile. Schliesslich wird noch die Massage erwähnt, welche, wissenschaftlich angewandt, eine sehr gute Wirkung haben soll und warm empfohlen werden kann. (Treves verwechselt konsequent Fäcal-Accumulation mit habitueller Stuhlverstopfung, wenigstens deutet die Art seiner therapeutischen Vorschläge entschieden nur auf die Behandlung der letzteren; kaltes Wasser früh nüchtern, Massage etc. sind wohl nicht als rasch wirkende Mittel gegen sehr grosse Anhäufung von Fäcalmassen zu betrachten, und wenn auch nicht oft genug — wie dies ja schon Bamberger in seinem bekannten Lehrbuche gethan — vor dem übermässigen Gebrauche von Abführmitteln gewarnt werden kann, so wird man doch bei „Fäcal-Accumulation" ein rasch und sicher wirkendes Mittel in An-

wendung bringen müssen. Sehr gute Dienste leistet mir in solchen Fällen Hydrarg. mur. mit. c. Jalappini āā 0,30—3, stündlich 1 Pulver. Gewöhnlich reichen 2 Pulver aus, um den gewünschten Erfolg zu erzielen. Ref.)

Prof. H. Immermann (Basel). — Ueber Rheumatismus. — *Deutsche Med. Wochenschr.;* 1886, No. 41.

Mit dem Worte rheumatisch bezeichnen wir jetzt noch eine grosse Anzahl der heterogensten Dinge, so dass der Satz: Was man nicht definiren kann, das sieht man als „rheumatisch" an! leider zu oft den thatsächlichen Verhältnissen entspricht. Es ist also eine Remedur nöthig; der Gebrauch des Wortes muss eingeengt werden auf einen Kreis, innerhalb dessen es sich um einheitliche Pathogenese, womöglich noch um einheitliche Aetiologie handelt. Zum Ausgangs- und Mittelpunkte einer neuen Grenzbestimmung wählt Immermann den akuten Gelenkrheumatismus. Derselbe ist kein einfaches Erkältungsübel, sondern, gleich der croupösen Pneumonie, ein durch *Infektion* entstandenes Allgemeinleiden; ob immer der gleiche Mikrophyt die Krankheit besorgt, ob verschiedene Species, ist unsicher, da die Renitenz mancher Fälle gegenüber der sonst so wirksamen spezifischen Salicyltherapie in dieser Hinsicht etwelche Zweifel aufkommen lässt. Immerhin ist für die grosse Mehrzahl der Fälle der Polyarthritis mehr als wahrscheinlich, dass sie aetiologisch eins sind, und fragt es sich, wie weit wir das Gebiet dieses spezifischen Rheumatismus ausdehnen dürfen. Sollen es etwa blos die klinisch wohlcharakterisirten Fälle sein? Nach I. ist das aetiologische Gebiet der Polyarthritis ein weiteres als das symptomatologische; er ventilirt daher die Frage, was ausser dem akuten Gelenkrheumatismus selbst noch etwa sonst zum Gebiete des spezifischen Rheumatismus gezählt werden darf.

Als Kriterien für die Entscheidung dienen gewisse Besonderheiten spezifischer Krankheitsprozesse überhaupt, — Besonderheiten, die sich zwar auch in den Symptomen, mehr aber noch in dem individuellen, dem räumlichen und dem zeitlichen Vorkommen solcher Erkrankungen, sowie in den Erfolgen einer spezifischen Therapie äussern können. Danach fanden wir, dass auch noch Fälle hierher gehören, in denen das eine oder andere der 3 Hauptsymptome — Fieber, akutes Gelenkleiden und Herzaffektion — fehlt oder rudimentär ausgebildet ist. Dahin gehören akute Endocarditis, akute gemeine Pericarditis serofibrinosa, beide mit Fieber, aber ohne Gelenkaffektion; dies wären Fälle von Polyarthritis sine Arthritide, sowie es bekanntlich auch Fälle von akuten Exanthemen (Scarlatina, Morbilli) *sine Exanthemate* giebt. Sie bilden zugleich den Uebergang zu den larvirten Formen des Rheumatismus. Die häufigste derselben ist die neuralgische, vorwiegend oft in den Bahnen des Trigeminus, aber auch in anderen Nerven (Ischiadicus); sie können mit Fieber, aber auch fieberlos verlaufen; in allen Fällen weichen sie promptest der antirheumatischen Behandlung, dem Salicylnatron, wie auch dem *Antipyrin*, welches ebenfalls ein Specificum gegen Gelenkrheumatismus ist. Eine zweite Form ist die spastische, im Verbreitungsgebiete des *N. Accesorius Willisii* vom Verf. beobachtet.

Die Kriterien, welche in zweifelhaften Fällen zur Diagnose verhelfen, sind folgende:

statt der Schiene gefensterter Gypsverband. Patient verlässt am 21. Tage das Bett: Vollständige Heilung.

Dr. P. Wagner. — Ein Fall von Luxatio penis mit Abreissung des äusseren Präputialblatts. — *Münchener Med. Wochenschr.;* 1886. No. 41.

W. theilt einen sehr interessanten Fall dieser seltenen Verletzung mit, in dem dem Patienten in seinem 5. Jahr (12 Jahre vor der Operation) durch eine Dreschmaschine „der Penis abgerissen" war. Patient entleerte den Urin durch eine Fistel aus dem oberen Theile des Skrotum; der Penis war bogenförmig in das Skrotum hinein verlagert; *Glans penis* und Schwellkörper waren durch die Haut durchfühlbar. Schichtenweise Durchtrennung der äusseren Haut bis auf die vom inneren Präputialblatt bedeckte *Glans;* Durchtrennung einiger Adhäsionen vom *Mons veneris* zur Bedeckung der Schwellkörper; Zurückschlagen des inneren Präputialblattes und Vereinigung mit der Haut am *Mons veneris*, nachdem selbstverständlich die Hautwunde geschlossen war. Der untere Defekt wurde durch Skrotallappen gedeckt. Das innere Präputialblatt wurde bald zum Theil gangränös, da es starke Spannung auszuhalten hatte. Auch dieser Defekt wurde durch einen brückenförmigen Skrotallappen gedeckt. Nach 10 Wochen wird Patient bis auf zwei kleine granul. Stellen geheilt entlassen. Der theils durch Gewöhnung, theils durch Narbenkontraktion aufstrebenden Richtung des Penis wurde durch methodische Auflegung von Sandsäcken wirksam entgegengearbeitet. Trotz bald nach der Entlassung eintretenden leichten Erysipels vollkommene Heilung. „Alle Funktionen normal." (Bei dem Alter des Patienten [17 J.] wäre es wohl wissenswerth, ob zu „allen" Funktionen auch die geschlechtlichen gerechnet sind, ebenso, ob die Entwickelung des Penis gelitten hatte oder nicht. Ref.)

Dr. Riedel. — Zur operativen Behandlung des Hallux valgus. — *Centralblatt f. Chirurgie*; 1886. No. 44.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Hüter'sche Resektion des 1. Metatarsusköpfchens bei normal gewölbtem Fuss das Fussgewölbe eines Hauptträgers beraubt: „dasselbe sinkt ein, gleichzeitig bohren „sich die Köpfchen der übrigen nun viel stärker belasteten Fusswurzel-„(Mittelfuss-? Ref.) Knochen in die *Planta*, während die Zehen nach dem „*Dorsum* dislozirt werden." R. sah sich genöthigt, aus diesem Grunde in einem Falle nach beiderseitiger Resektion sämmtliche übrigen 8 Mittelfussköpfchen wegzunehmen, mit vorzüglichem funktionellen und kosmetischen — Patientin hat einen sehr kleinen, zierlichen (?) Fuss bekommen — Resultat. R. empfiehlt deshalb nach Reverdin's Vorgang, der nur die Exostose abträgt und nach Entfernung eines Keils auf dem Metatarsus hinter dem Köpfchen die Gradrichtung der Zehe bewerkstelligt, als noch einfachere Methode nach Abmeiselung der Exostose die Basis der Grundphalanx abzutragen. In 4 Fällen hat er guten Erfolg (dreimal bewegliches Gelenk) gehabt. (Ref. kann eigentlich in dem Riedel'schen Vorschlag keine Vereinfachung des Reverdin'schen Verfahrens sehen, doch ist sie gewiss bei stärkerer Veränderung der Gelenkkapsel vorzuziehen, da sie das Krankhafte mit entfernt; bei intakter oder geringfügig veränderter Kapsel scheint ihm das Reverdin'sche Verfahren rationeller. Hätte sich bei dem unglück-

lich verlaufenen Fall von Doppelresektion die nachfolgende heroische „Oktupelresektion" nicht doch durch eine passende, vielleicht schwach federnde Stahlsohle vermeiden lassen ?)

Ernest W. Cushing, M. D. — On Septic Bacteria and Antiseptic Dressings. — *New England Med. Monthly;* Oct. 1886.

In Vorträgen, gehalten vor der *Am. Acad. of Medicine* und der *Suffolk District Medical Society*, giebt Verf. in anregender und klarer Weise ein Bild über das Zustandekommen der Infektion und das Wesen und die Wirksamkeit der modernen Wundbehandlung. Wenn er auch nichts Neues sagt, muss man derartige Vorträge doch immer mit Freuden begrüssen, da sie gewiss vor Allem geeignet sind, das Interesse und das Verständniss für diese grosse Errungenschaft der modernen Chirurgie zu erwecken, und hebt der Vortragende auch mit Recht hervor, wie dieselbe auch anderen Zweigen der Medizin, insbesondere der Geburtshilfe, zum Segen ward. Demonstration von Apparaten und Präparaten zur Herstellung antiseptischer Verbände, sowie Illustration ihrer Wirksamkeit durch einige kurze, gut ausgewählte Fälle, bilden den Schluss.

D. C. Garré. — Die intra-glanduläre Ausschälung der Kropfknoten. — *Centralbl. f. Chirurgie;* No. 45, 1886.

Garré empfiehlt, da seit dem Bekanntwerden der *Cachexia strumipriva* durch Kocher und deren Bestätigung von verschiedenen Seiten die Totalexstirpation der Schilddrüse zu verwerfen ist, das von Socin geübte Verfahren der intraglandulären Ausschälung nicht nur bei Cystenkröpfen, unter Hinweis darauf, dass in der überaus grossen Mehrzahl von Strumen die erkrankten Partieen der Schilddrüse in der Form von umschriebenen Kropfknoten auftreten, welche stets von gesundem, funktionsfähigen Drüsengewebe sich durch eine mehr oder weniger feste Kapsel abschliessen. Die Knoten haben keinen Hilus und treten oft multipel auf. Die Operation ist technisch ohne Schwierigkeiten, sobald man die Kapsel sicher gefunden hat, was allerdings häufig nicht ganz leicht ist. Die Knoten lassen sich dann stumpf mit den Fingern herauslösen. Es ist keine Blutung, keine Nachblutung zu fürchten; auch vor Verletzung der Nerven, besonders des *N. recurrens*, ist man sicher, da man innerhalb der Drüse operirt. Da nur das Krankhafte entfernt wird, und das funktionsfähige Gewebe zurückbleibt, bleibt man auch von der *Cachexia strumipriva* verschont; ebenso ist mit grösserer Wahrscheinlichkeit der Eintritt von Tetanie zu vermeiden, da ja die Halsnerven geschont werden. (Unter 50 von S. so operirten Fällen keine Tetanus!). Schliesslich behält der Hals nach dieser Operation seine natürliche Konfiguration — eine kosmetische Rücksicht, die Socin bewogen hat, dies Verfahren schon vor Bekanntwerden der üblen Folgen der vordem üblichen halbseitigen und Totalexstirpation der Schilddrüse einzuschlagen. G. D.

Kidder's Crust Pepsin, über dessen Vorzüge wir in No. 5 des ersten Bandes der „Presse" zur Zeit seiner ersten Einführung ausführlich berichteten, kommt immer mehr in Gebrauch. Das Crust Pepsin ist sehr wirksam und absolut nicht hygroskopisch.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse

erscheint monatlich,
herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

wohin alle geschäftlichen Correspondenzen, Geldsendungen, Aufträge u. s. w. zu adressiren sind.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Manuskripte, Wechselblätter, Bücher und alle redaktionelle Correspondenz ist zu adressiren an den Redakteur: 328 E. 19. St., New York.

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der **Cherouny Printing Co.** in's Einvernehmen zu setzen.

† Ferdinand von Arlt, †

geb. 18. April 1812, gest. 7. März 1887.

Nun ist der Funken auch verglommen, an welchem die welterleuchtende Fackel Albrecht v. Graefe sich einst entzündet hatte.

Eine gute Fee hatte Graefe die Erfüllung aller Bedingungen mit in die Wiege gegeben, welche ihn zu der grossen Rolle befähigten, die er einst im Leben spielen sollte. In Folge der günstigen Verhältnisse ward ihm im väterlichen Hause die denkbar vollendetste wissenschaftliche und weltmännische Ausbildung zu Theil. Aber in wie viele Geheimnisse der Natur- und Gedankenwelt ihn seine Lehrer auch eingeweiht hatten, das Geheimniss seiner eigenen Lebensbestimmung wurde ihm erst offenbar durch die Zauberwirkung, welche die Berührung mit dem schlichten, anspruchslosen Arlt, den er auf einer Studienreise in Prag kennen lernte, auf ihn ausübte.

Arlt war damals schon Professor der Augenheilkunde an der Universität. Sein durch ärmliche Verhältnisse stark behinderter Erziehungsgang bietet einen scharfen Kontrast zu dem Graefe's. Die Freundschaft, die sich damals zwischen Lehrer und Schüler entwickelte, blieb nicht nur lebenslang eine ungetrübte, zu ihr gesellte sich neidlose Bewunderung und Huldigung von Seite des Meisters dem ehemaligen Schüler gegenüber, in welchem die Natur die Elemente so eigenartig gemischt hatte, dass sie durch die freiwerdenden Spannkräfte mit der Raschheit und Intensität elementarer Eruptionen die Wissenschaft und die Menschheit mit einer grossartigen Errungenschaft nach der andern bereicherten. Neid — die durch und durch harmonische, wenn auch äusserlich etwas knorrige Natur Arlt's kannte ihn nicht; man hätte ihm ebensogut zumuthen können, die Nachtigall wegen ihres Gesanges oder den Regenbogen wegen seiner Farbenpracht zu beneiden. Und als nun gar Arlt in die seltsame Lage kam, die eigene Gefährtin des Lebens durch das von Graefe entdeckte Heilverfahren der Glaucomiridectomie vor drohender Erblindung zu retten, wie dankbar pries er da den Baum, dessen Same er selbst gesät und der nun so herrliche Früchte tragen sollte.

Die literarisch nachweissbaren Verdienste Arlt's um die Augenheilkunde, so bedeutend sie auch sind, kommen nicht in Vergleich mit dem

unmessbaren Nutzen, den er durch seinen ungemein fesselnden persönlichen Unterricht zuerst in Prag und seit 1855 in Wien gestiftet hat. Jedes mit dem Praktikanten durchgeführte Krankenexamen war eine humanitäre That, ein wissenschaftliches Meister- und zugleich ein pädagogisches Kunstwerk, welches dem Gedächtniss des empfänglichen Zuhörers als Ideal für späteres eigenes Wirken auf immer eingeprägt blieb.

Eine der frühesten Arbeiten Arlt's, welche seinen grossen Ruf mit begründen half, war die über die Ursache der Kurzsichtigkeit. Den endlosen theoretischen Spekulationen, denen man sich bis dahin über diesen Gegenstand hingegeben hatte, machte er durch den anatomischen Nachweis der Verlängerung der Augenachse als anatomische Ursache dieses optischen Fehlers ein für allemal ein Ende. Es ist eine denkwürdige Thatsache, dass die Frau von Professor Fischer, Arlt's Lehrer in der Augenheilkunde und Vorgänger auf dem Lehrstuhl, welche selbst hochgradig kurzsichtig war, die Verfügung getroffen hatte, dass nach ihrem Tode ihre Augäpfel von Arlt auf den Sitz der Kurzsichtigkeit untersucht werden sollten, was auch geschah.

Auf die Einzelheiten der Wirksamkeit Arlt's einzugehen, oder auch nur die Titel seiner wichtigeren Arbeiten anzuführen, ist hier nicht der Ort.

Seine vielen Schüler werden dem Manne, der an sich und seinen Beruf immer die strengsten Ansprüche stellte, dabei aber den Kranken und Bedürftigen gegenüber von Mildherzigkeit überfloss, bis an ihr Lebensende ein dankbares Andenken bewahren. S.

Dr. Squibb über Pillen, Tabletten etc.

Wohl selten hat es ein Händler mit pharmaceutischen Präparaten so gut verstanden, seine Waaren beim ärztlichen Publikum einzuführen, wie Dr. E. Squibb in Brooklyn. Da er selbst studirter Mediziner ist, so fiel es ihm nicht schwer, in allen medizinischen Gesellschaften Aufnahme zu finden und den in pharmaceutischen Fragen meist nicht allzu festen Doktoren *ad oculos* zu demonstriren, dass er ungefähr der Einzige — wenigstens in den Ver. Staaten — sei, dessen Präparate absolut rein und absolut zuverlässig seien. Er hat das natürlich nirgends und niemals direkt gesagt; dazu war der Herr Doktor viel zu klug! Aber dass er den Eindruck, es sei so, hervorrufen wollte und auch wirklich hervorgerufen hat, davon legt der Umstand Zeugniss ab, dass eine grosse Anzahl amerikanischer Aerzte nie verfehlt, z. B. ihren Chloroform-Rezepten die wohlbekannte Parenthese mit dem Wörtchen „*Squibb's*" beizufügen — trotzdem dass es eine grosse Anzahl anderer tüchtiger und ehrlicher Fabrikanten (ausser Pfitzer) giebt, die reines und wirksames Chloroform fabriziren — und trotzdem (fügen wir hinzu) das als „*Squibb's*" dispensirte Chloroform nicht selten in einem anderen Garten gewachsen ist.

Indem wir dies Faktum konstatiren, sind wir weit davon entfernt, eine solche Substitution zu billigen, wie wir dies an anderer Stelle ausführen; im Gegentheil, es ist dies eine Unsitte, gegen welche man

nicht energisch genug protestiren kann. Wir wollen nur damit andeuten, dass, wenn der betr. Artikel gut ist, der Arzt zufriedengestellt sein wird in dem guten Glauben, er habe *Squibb's* bekommen — selbst dann, wenn der Apotheker dasselbe zufällig nicht führte und ein anderes ebenso gutes Chloroform substituirte. Denn der Arzt kann ja nur nach der Wirkung urtheilen, über die Herkunft der Drogue kann er kaum eine Controlle ausüben.

Wir sagten eben „zufällig"; es ist wirklich ein ganz besonderer Zufall, wenn ein Apotheker, speziell hier in New York und Umgegend, die *Squibb*'schen Artikel nicht führt. Und wem verdankt das Herr Dr. Squibb? Doch nur den Aerzten, denen er indirekt die Superiorität derselben in medizinischen Gesellschaften und Journalen beinahe *ad nauseam* vorgetragen und plausibel gemacht hat! Den Aerzten, welche glauben, es geht gar nicht anders, sie müssen unbedingt „*Squibb's*" haben, es sei dies das einzige, gute!

So far, so good!

Wenn nun aber dieser selbe Herr Dr. Squibb anfängt, in sehr unpassender Weise die Aerzte zur Rechenschaft zu ziehen, weil sie fertige Präparate von Droguen, wie Pillen, Tabletten etc. verschreiben, wie sie zur Bequemlichkeit der Aerzte und Apotheker von vielen tüchtigen Geschäftshäusern fabrizirt und angezeigt werden — so dürfte ihn denn doch sein eigenes Geschäftsinteresse ein wenig zu weit geführt haben. Namentlich seine verächtlichen Bemerkungen über die Art und Weise, wie seine Konkurrenten ihre Präparate bei den Aerzten einzuführen sich bestreben — durch Reisende und durch Anzeigen in medizinischen Journalen — ist gelinde gesagt schon gar nicht mehr schön! Von den negativen Komplimenten, die er dabei den Aerzten an den Kopf wirft, denen er selbst so viel verdankt, gar nicht zu reden.

Und das Alles in seinen eigenen kleinen „*Advertising-Sheets*", den „*Ephemeris*", die allerdings keine Annoncen enthalten, aber von Anfang bis Ende weiter nichts als *Squibb* und immer wieder *Squibb* sind und die er kostenfrei austheilt.

Wir können dem guten Doktor keinen besseren Rath geben als den, wenn er mit den vorgeschrittenen Zeitläuften Schritt halten will: Er soll sich nur schleunigst auch auf die Fabrikation von (*Squibb's*) *Gelatine-coated Pills*, (*Squibb's*) *Hypodermic Tablets* etc. werfen und dieselben in allen guten gelesenen medizinischen Journalen tüchtig annonciren. Wenn er dies nicht thut, so könnte er möglicherweise eines Morgens zu spät aufwachen!

Ein vorzüglicher Stahlstich, das Portrait von Dr. Robert Koch in Berlin, wurde uns von den Herren Parke, Davis & Co. in Detroit zugesandt. Den freundlichen Sendern unsern besten Dank. Lesern der Presse stehen Exemplare des Bildes, welches jeder Office zur Zierde gereichen wird, auf Ansuchen gratis zur Verfügung.

Salol.

Seit wir vor einem halben Jahre[1]) auf dieses neue Mittel aufmerksam machten, ist verhältnissmässig wenig darüber veröffentlicht worden, und eigene Erfahrungen sind, da das Salol noch nicht sehr lange hier eingeführt wurde, noch zu gering, um ein eingehendes, definitives Urtheil zu rechtfertigen.

Die umfangreichste Arbeit über die Anwendung des Salols ist ein vor Kurzem in der *Berl. Klin. Wochenschrift*[2]) erschienener Bericht von Dr. Fr. Eduard Georgi, Assistenzarzt am städtischen Krankenhause zu Görlitz, welcher etwa 40 Krankheitsfälle mit Salol behandelt hat.

Die Vortheile des neuen Medikamentes in Bezug auf Behandlung des Gelenk-Rheumatismus gegenüber den Salicylpräparaten haben wir schon früher ausdrücklich betont. Georgi bestätigt dieselben; auch er findet, dass seine Wirkung thatsächlich zuverlässiger ist, als die der beiden anderen vorzüglichen *Anti-Rheumatica:* Salicyl und Antipyrin. Er hat mehr wie einen Fall gesehen unter den 20 Fällen von Rheumatismus, bei denen Salol in Anwendung kam, welche weder durch Salicylpräparate, noch durch Antipyrin viel gebessert wurden, nach rationellem Gebrauch des Salol jedoch geheilt wurden. Nur zwei derartige Fälle wurden durch Salol-Gebrauch zwar bedeutend gebessert, doch nicht vollständig geheilt; es bestand jedoch bei beiden der Rheumatismus schon seit Jahren und waren bereits Gelenke sowohl wie Muskeln derartig affizirt, dass Nackenstarre, Trismus, Muskelatrophien, chronische Schwellung und Deformität verschiedener Gelenke vorhanden waren

Die täglich dargereichte Gabe sollte nach Georgi während des akuten Stadiums mindestens 6,0g (ʒ iss) betragen. Dieselbe sollte so lange gegeben werden, bis das Fieber, die Anschwellung und der Schmerz in den Gelenken geschwunden sind. Dies tritt in frischen Fällen nach wenigen Tagen ein. Doch warnt Georgi davor, das Salol sogleich auszusetzen, weil dann sicher Rezidive auftreten, wie er dies in zwei Fällen beobachtete. So lange noch leichte Spannung und Steifigkeit in den Gelenken besteht, selbst wenn mit dem Schmerz auch alle Röthung und Geschwulst verschwunden ist, sollte Salol in nach und nach verringerten Dosen weitergegeben werden, bis anstatt drei Dosen von 2,0g (ʒ ss) zuletzt nur noch 1,0g (gr. xv) genommen wird. Erst wenn alle und jede Schwäche und Steifigkeit beseitigt sind, darf man das Mittel aussetzen.

Aber auch in der Fieberbehandlung ist das Salol ein allen anderen *Antipyreticis* ebenbürtiges Mittel. Ja, Georgi behauptet sogar, dass er niemals Zeichen von Herzschwäche, Pulsverkleinerung und Kollaps nach genügend grossen Gaben beobachtet; selbst der in den meisten Fällen eintretende Schweiss ist geringer und weniger schwächend in seiner Wirkung, als wir ihn nach anderen Fiebermitteln dann und wann auftreten sehen. Die Maximaldose, welche, in richtiger Vertheilung gegeben, stets die Temperatur auf die Normale reduzirte, war ebenfalls 6,0g (ʒ iss) per Tag. Doch ist zu beachten, dass nach Georgi's Erfahrungen dasselbe in Dosen von mindestens 1,0g, womöglich 2,0g gegeben werden muss; für mässiges Fieber (101—102° F.) hingegen reicht eine einzige Dosis von 1,5g (22½ Gran) aus, um ein Herabgehen auf die Normale zu erzielen.

[1]) S. Bd. II, No. 5, S. 213.
[2]) No. 9, 10 und 11; 1887.

Georgi ist es durch genaues Studium zahlreicher, nach den verschiedensten Dosirungen erhaltenen Fieberkurven gelungen, ein eigenthümliches Verhalten des Salol im menschlichen Körper zu entdecken. Es ist dies die Eigenthümlichkeit desselben, einige (2—3) Stunden im Körper zu verweilen, ehe seine (antifebrile) Wirkung beginnt. [Die letztere hält bei der von G. angegebenen Dosis von 2,0g ungefähr ebenso lange an.] Was die Ursache dieser „Latenzperiode" (Entwicklung der Wirkung) ist, ob die Spaltung des Salol in seine Bestandtheile (38 Proz. Karbol und 62 Proz. Salicylsäure), oder die langsame Auflösung und Resorption des in Wasser so gut wie unlöslichen Mittels, darüber spricht Georgi sich nicht aus. An der Hand dieser Beobachtungsresultate ist es nun ziemlich leicht, die einzelnen Dosen so zu vertheilen, dass erstens der gewünschte Temperaturabfall eintritt und dass ferner das erneute Ansteigen derselben verhindert wird, wie dies G. an einigen Typhus- und Erysipelas-Fällen illustrirt.

Hat man z. B. eine Morgentemperatur von 104° F. und giebt um 9 Uhr die ersten 2,0g Salol, so ist deren Wirkung nicht vor 11 Uhr zu erwarten. Deshalb giebt man noch vor Ende der Latenzperiode der ersten Dosis — also um 11 Uhr — die zweite Dosis von 2,0g. Die Latenzperiode dieser zweiten Dosis nun fällt zusammen mit der beginnenden und steigenden Wirkung der ersten Dosis, also ungefähr in die Zeit von 11 bis 1 Uhr (Temp. 102° F.). Die zweiten 2,0g setzen aber nun ein, wenn die Thätigkeit der ersten 2,0g Salol zu Ende gehen will (Temp. 100° F.). Das Fallen der Temperatur zeigt jetzt eine andauernde Salol-Wirkung an, welche nach 1 Uhr augenfällig wird (Temp. 99° F.) und bis nach 3 Uhr anhält (Temp. 98·5° F.). Damit nun die abendliche Steigerungstendenz die durch das Salol auf die Norm zurückgeführte Temperatur nicht wieder heben kann, wird um 3 Uhr die dritte Dosis von 2,0g verabreicht. Ehe deren Latenzperiode endigt, d. h. um 5 Uhr, hat das Ansteigen der Abendtemperatur noch nicht begonnen unter der (längeren) Nachwirkung der sich ablösenden ersten und zweiten Dosis (Temp. 98·5° F.), und dasselbe wird nun vollständig verhütet, weil von 5 Uhr an die dritte Dosis ihre Wirkung entfaltet; die Temperatur bleibt normal.

Ueber die Anwendung des Salol als *Antisepticum* zu Gurgelwassern, Irrigationen etc. oder in Pulverform müssen noch weitere Versuche entscheiden. Seine Unlöslichkeit [1]) erschwert die flüssige Anwendungsweise, während es auf Wunden gestreut viele Vorzüge vor allen andern, in gleicher Form angewendeten *Antisepticis* besitzt. Ein Pulver, welches nahezu geruchlos ist, nicht brennt und reizt und aus Karbol und Salicyl im Verhältnisse von 2 : 3 besteht — gewiss eine erhebliche Bereicherung der antiseptischen Chirurgie!

Da das Salol im Körper in seine Komponenten zerlegt und als Salicylursäure und Sulfokarbolsäure im Harne ausgeschieden wird, so hat Georgi stets, auch nach geringen Gaben, den „Karbol-Harn" beobachtet, d. h. also einen hell- oder dunkelolivengrünen bis schwarzen Urin, der auch nach Aussetzen des Mittels anhält, bis alles Salol den Körper verlassen hat, was in spätestens fünf Tagen beendet ist.

Wir möchten zum Schlusse noch konstatiren, dass diese Farbenreaktion von uns in einem Falle gar nicht und in einem anderen nur

[1]) Georgi bereitet eine alkoholische Lösung (4—5 : 100), die er jedesmal mit Wasser mischen (1 : 20) und dann schnell verbrauchen lässt, ehe das Salol sich daraus niederschlägt.

leicht und schnell vorübergehend beobachtet worden ist, obgleich das Salol derselben Quelle entstammt, von der es Georgi bezogen [1]). Es scheinen hier also doch noch individuelle Verschiedenheiten obzuwalten.

Der erste dieser Fälle ist der einer 46-jährigen Frau, welche an Pyelitis in Folge von Nephrolithiasis leidet (hat in drei Wochen ca. 20,0g genommen), der andere, eine 18-jährige Rheumatikerin (12,0g in zwei Tagen mit besten Erfolge). Bei den anderen Kranken war die qu. Farbenreaktion vorhanden.

Substitution.

Immer häufiger kommen uns von Seite der Firmen, welche in der „Presse" annonciren, Klagen zu über die zahlreichen im Handel vorkommenden Verfälschungen ihrer Produkte und immer lebhafter wird von Seite dieser Freunde unseres Blattes die Bitte ausgesprochen, ihnen in Bekämpfung dieses Uebels zu „helfen". In der That sind die Fabrikanten von „proprietären", im Gegensatze zu den Fabrikanten von „Patent-Medizinen", Fälschern und Nachahmern gegenüber schutzlos. Um sich die Patronage der Aerzte zu sichern, geben sie die Zusammensetzung ihrer Präparate bekannt, lassen dieselben nicht patentiren und basiren ihre Berechnung auf Erfolg einzig auf die vorzügliche, zuverlässige Qualität ihrer Erzeugnisse. Es steht also Jedermann frei, ja es wird geradezu für Jedermann das Rezept dazu öffentlich bekannt gegeben, um diese Präparate nachzumachen. So lange nun diese Nachmachungen ebenso wirksam und (was oft von nicht geringer Bedeutung ist) ebenso angenehm zu nehmen sind wie das Original, könnte es schliesslich dem rezeptirenden Arzt gleichgültig sein, ob er dieses oder jene erhält. Meistens ist dies jedoch nicht der Fall. Die Substitutionen sind geringwerthiger, daher auch billiger, werfen in Folge dessen dem Wiederverkäufer, der oft — wir wollen es wenigstens annehmen — den Unterschied selbst nicht kennt, einen grösseren Profit ab.

Der Arzt aber, welcher sich entschlossen hat, ein Mittel, welches er in den Anzeigespalten seines Journales empfohlen findet, zu versuchen, wird in seinen Erwartungen getäuscht, spricht von „Humbug" etc. und giebt den Gebrauch des im Originale wirklich vorzüglichen Mittels einfür allemal auf.

Dass dadurch der Fabrikant dieses Mittels nicht nur pekuniär, sondern auch in seinem Renommée geschädigt wird, ist klar. Aber auch der ärztlichen Praxis geht dadurch manches gute und praktische Präparat verloren. Wie ist nun diesem Uebelstande abzuhelfen? Vor Allem dadurch, dass sich jeder Arzt mit den neuen pharmaceutischen Präparaten dadurch bekannt macht, dass er sich Proben zuschicken lässt, wozu ja

[1]) Aus der Fabrik von Dr. F. von Heyden's Nachfolger in Radebeul, Dresden, deren alleinige Agentur für Amerika den Herren W. H. Schieffelin & Co. übertragen worden ist.

die Fabrikanten und deren Agenten stets bereit sind, dann aber auch dadurch, dass er jeden Fall, der den Verdacht einer stattgehabten Substitution erregt, genau untersucht und publizirt.

Von dem *Logen- und Vereins-Hospital, No. 66 St. Mark's Place*, über dessen Eröffnung am 10. Oktober v. J. wir seiner Zeit berichteten, liegt uns ein, den Zeitraum vom 13. Oktober bis zum 31. Dezember 1886 umfassender Bericht vor, welchem wir folgende Daten entnehmen.

Es wurden in diesem Zeitraume 103 Patienten im Hospitale aufgenommen. Von denselben wurden 68 an inneren und 35 an chirurgischen, Haut- und anderen Krankheiten behandelt. Zehn (10) starben, und zwar wurden drei (3) derselben in sterbendem Zustande in's Hospital gebracht: 1 mit Lungenschwindsucht, 1 mit allgemeiner Furunkulose und 1 mit eingeklemmtem, inoperablem Nabelbruch (veröffentlicht in No. 1, Bd. III, S. 21 der „Presse"). Die anderen Todesursachen waren: Lungen-Embolie (1), Abd.-Typhus (2), Carcinom (1), Peritonitis (1), Septicämie (1) und Nephritis (1).

Die Zahl der Operationen (49) war eine verhältnissmässig sehr grosse, und zwar wurden die meisten auf der gynäkologischen Abtheilung vorgenommen.

Statistik der Operationen.

Gesichtskrebs	1	1	—	—
Supra Orbital Cyste	1	1	—	—
Haemothorax (Aspiration)	1	—	—	1
Fistula Ani	5	5	—	—
Phimosis (Circumcision)	1	1	—	—
Hydrocele	1	1	—	—
Carcinoma Uteri	3	3	—	—
Laporatamie	24	20		
für Nabelbruch	1	—	—	1
Cystoma Ovarii	1	—	—	1
Oophoritis	2	2	—	—
Salpingitis	12	12	—	—
Cyst. Degeneration d. Ovarien	5	—	5	—
Fibroma Uteri	1	1	—	—
Beckenabszess	2	—	—	2
Laceratio Cervicis und Trachelorraphia	8	8	—	—
Laceratio Perinei	3	3	—	—
Pyaemischer Abszess des Oberarms	1	1	—	—
Cataracta	1	1	—	—
Sämmtliches	49	44	5	5

Der besondere Vortheil, welchen dieses Hospital allen Kollegen bietet, ist der, dass sie ihre Patienten, für welche ein Hospitalaufenthalt noth-

wendig oder wünschenswerth ist, daselbst unter ihrer eigenen Behandlung zu behalten das Recht haben, eine sehr liberale Einrichtung, welche sich bereits verschiedene Kollegen zu Nutze gemacht haben.

Wir glauben, dass das Logen- und Vereinshospital eine grosse Zukunft hat und wünschen demselben ferneres Wachsthum und Gedeihen.

Kleinere Mittheilungen.

Anal-Fistel und Tuberkulose des Nebenhodens.

E. H., 23 *Jahre alt, unverheirathet, Farmer*, gross und kräftig gewachsen mit Ausnahme von Plethora und etwas hartem Puls nichts Abnormes an den inneren Organen nachweisbar. Im 15ten Jahre war er an einer Milzanschwellung erfolgreich behandelt worden, sonst aber nie krank gewesen. Der Vater war Neurastheniker, im Uebrigen gesund; die Mutter, in der Jugend skrophulös, starb an einer Lungenentzündung. Patient konsultirte mich am 22. Nov. 1886 wegen eines seit ca. 1½ Jahren bestehenden Geschwüres am After, welches sich als einfache Anal-Fistel erwies. Bei der Untersuchung machte mich P. auf eine Geschwulst am rechten Nebenhoden aufmerksam, welche er erst auf der Reise hierher entdeckt haben wollte.

Ich fand den Nebenhoden vergrössert und höckerig aufgetrieben, bei Druck wenig schmerzhaft; nebenbei einen geringen Erguss in der *Tunica vaginalis*. In Folge dieses Befundes in Verbindung mit der Anal-Fistel glaubte ich Tuberkulose des Nebenhodens diagnostiziren zu dürfen, und rieth ich P., ausser der Fisteloperation auch den Hoden entfernen zu lassen, um tiefere Theile, wenn möglich, vor einer Infektion zu schützen; *Vas deferens* und Leistendrüsen waren nicht verdickt.

P. gab zu der doppelten Operation sofort seine Zustimmung. Am nächsten Tage wurde daher in der Chloroform-Narkose die Fistel einfach gespalten und der Hoden sammt der *Tunica vaginalis* (wegen möglicher Infektion der letzteren) *in toto* meistens stumpf ausgeschält und das *Vas deferens* mit dem Glüheisen durchtrennt. — Die Heilung verlief reaktionslos, aber insofern etwas langsam, als sich an der Aus- und Eingangsöffnung des Drainrohrs schlecht heilende Granulationen bildeten; ebenso verhielt es sich mit der Anal-Fistel, jedoch heilten auch diese in ca. 4 Wochen nach einigen Aetzungen.

Bei der sagittalen Durchschneidung des Nebenhodens fanden sich 3 distinkte Knoten von Erbsen- bis Kirschkerngrösse; die beiden grösseren waren in der Mitte im Zerfall begriffen; sie erwiesen sich mikroskopisch als tuberkulös. Die *Tunica vaginalis* enthielt ca. 2 Esslöffel voll klarer Flüssigkeit, war etwas verdickt, sonst aber nicht nachweisbar infizirt. Das *Vas deferens* war normal.

Es ist in diesem Falle die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass die Tuberkulose des Nebenhodens erst nach der Anal-Fistel aufgetreten und von dieser aus entstanden ist.

Ob P. nun in Zukunft gesund bleibt, oder ob wieder Tuberkulose auftritt, und wie, das muss die Zeit lehren.

Von Dr. J. H. Voje, Oconomowoc, Wis.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutsche Aerzte der Stadt New York und Umgegend.

Sitzung vom 3. Januar 1887.

Vorsitzender: Ex-Präsident Dr. C. Heitzmann,
Später Präsident: Dr. L. Weber,
Sekretär: Dr. Willy Meyer.

Dr. C Heitzmann eröffnet die Sitzung mit einer Abschiedsrede als ausscheidender Präsident, in welcher er mit Genugthuung auf das Wiederaufblühen der Gesellschaft hinweist und die Mitglieder zum weiteren einmüthigen Zusammenwirken auffordert. Auch den neuerwählten Präsidenten empfiehlt er, sich seine Unabhängigkeit nach allen Richtungen hin zu wahren.

Dr. L. Weber spricht in seiner Antrittsrede seinem Vorgänger im Präsidenten-Amte für dessen treue, aufopfernde Bemühungen und grossen Verdienste um die Gesellschaft den Dank der Letzteren aus, und legt dar, wie er die Sitzungen in Zukunft zu führen gedenkt. Es liege speziell in seiner Absicht, wichtige Krankheitsbilder zur allgemeinen Diskussion zu stellen.

Redner schliesst daran seinen angekündigten Vortrag an:

Die lithaemischen Zustände.

(Derselbe ist in der N. Y. Med. Presse, Bd. III, No. 4 S., abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. C. Heitzmann: Bei der Urinuntersuchung der an Lithaemie Leidenden findet man zu viel Harn- und Oxalsäure. Die Ursache dieser Erscheinung kennen wir noch nicht. Virchow hat vor 4 Jahren seine eigene diesbezügliche Krankengeschichte veröffentlicht; grosse Dosen borsauren Natrons thaten ihm vortreffliche Dienste. Die von amerikanischen und französischen Dermatologen aufgestellte Behauptung, dass viele Hautkrankheiten von diesen lithaemischen Zuständen herrühren, hat Redner nicht bestätigen können. Anders verhält es sich mit Nierenkrankheiten. Nephritis und Pyelitis mit Nierenblutungen sind oft als direkte Folgezustände zu betrachten in einschlägigen Fällen.

Dr. Oberndorfer ist von dem Zusammenhange zwischen Lithaemie und Hautkrankheiten überzeugt. Er berichtet über diesbezügliche Fälle eigner Beobachtung.

Dr. Einhorn frägt, ob man vielleicht die Nierenkrankheiten, welche oft bei akuten Infektionskrankheiten auftreten, nicht auch dadurch erklären könnte, dass während des Fiebers die Harnsäure im Ueberschusse vorhanden ist. Er hat während seines Aufenthaltes als Hausarzt im *Deutschen Hospital* mehrere Fälle beobachtet, wo eine schnell verlaufende Nephritis zur Zeit des Fiebers eintrat und im Urin grosse Mengen Harnsäure nachweisbar waren.

Dr. Krug hat in seiner Praxis viele chronische Katarrhe gesehen, die er von lithaemischen Zuständen herleiten konnte.

Dr. Caillé: Der Chemismus des Thierkörpers ist ein komplizirter; die Lithaemie wird noch lange Zeit dunkel bleiben. Wir sollten dieses Dunkel nicht dadurch vermehren, dass wir den lithaemi-

schen Zustand als Ursache von Krankheiten ansehen. Er stelle sich das gegenseitige Verhältniss einfach vor:

Der thierische Körper hat eine normale Säftemischung; das Blut ist alkalisch, der Urin meist etwas sauer. Dieses Verhältniss ist ziemlich konstant. Tritt eine kleine Störung ein, so wird der Stoffwechsel gestört und es entsteht der lithaemische Zustand: Wir finden Harn- und Oxalsäure im Urin. Dasselbe tritt ein, wenn ein Patient an Syphilis, Tuberkulose oder einer Neubildung leidet, oder wenn er sich erschreckt hat. Wenn wir auch das Recht haben, von einem lithaemischen Zustande zu sprechen, so sollten wir doch in erster Linie uns bewusst sein, dass dieser Zustand auf eine Ursache, auf eine Krankheit deutet. Wir sollten unter allen Umständen nach dieser Krankheit forschen.

Dr. Weber bemerkt in seinem Schlussworte, dass er bei verschiedenen krankhaften Zuständen des Körpers, vorzüglich bei funktionellen Störungen der Verdauungsorgane, Ueberschüsse von Harn- und Oxalsäure im Harn und manchmal auch Cylinder hat nachweissen können. Doch vermochte er sich nicht davon zu überzeugen, dass aus diesen lithaemischen Zuständen wirkliche Nierenkrankheiten resultiren.

Ein Connex zwischen der in Rede stehenden Störung und Hautkrankheiten, speziell ekzematösen Eruptionen, erscheint auch ihm wahrscheinlich, und bei Beurtheilung der bei Infektionskrankheiten beobachteten Nephritis kommen jedenfalls noch andere Momente in Betracht, als der im Urin gefundene Ueberschuss von harnsauren Krystallen.

Nach einer kurzen Exekutivsitzung folgt die angekündigte

Diskussion
über die Behandlung der Diphtherie.

Dr. A. Seibert, welcher es übernommen, dieselbe einzuleiten, macht auf einige ihm sehr wichtig erscheinende Punkte aufmerksam:

1. In prophylaktischer Beziehung betont er zunächst die Nothwendigkeit, eine Reizung der Schleimhaut möglichst zu vermeiden, da es feststeht, dass eine lädirte Schleimhaut nöthig ist, um den Weg zur Infektion anzubahnen. Sorge für Reinhaltung der Mundhöhle, vor Allem um die Zeit einer herrschenden Epidemie, scheint ihm ebenfalls von grossem Werthe, da man dadurch nicht nur zur Verdauung beiträgt, sondern auch bestehende katarrhalische Zustände beseitigt.

2. Die Behandlung des Magens während der Dauer der Krankheit scheint fast wichtiger zu sein, als die Behandlung der Diphtherie selbst. Er behandelt seine Diphterie-Patienten bei offenem Fenster, da der Sauerstoff auf Nervensystem und Appetit anregend wirkt.

3. Die Herzlähmung bei Diphtherie ist die gefährlichste Komplikation. Sämmtliche Fälle genuiner Natur, die er gesehen, sind gestorben. Die Therapie erwies sich dabei als absolut fruchtlos. Fälle von Kollaps bei subnormaler Temperatur hat er bei starkem Stimuliren wieder gut werden sehen.

Dr. A. Caillé berücksichtigt nur die Nasen- und Rachen-Diphtherie. Zwei ätiologisch wichtige Punkte müssen erörtert werden, wenn man die Behandlung der D. in Angriff nehmen will.

Es ist das:

1. Die Art und Weise der Infektion, und
2. Die verschiedene Schwere der Infektion.

Ad 1 glaubt Redner, dass die D. zuerst eine Lokal-Erkrankung ist und nachträglich erst die septischen Allgemein-Erscheinungen hinzukommen. Der Ort, durch welchen das Gift in den Kreislauf eindringt, ist nach seiner Ansicht dort, wo man die Auflagerungen sieht. Das Gift selbst hält er mit Loeffler und Emmerich für pilzförmig.

Durch diese Annahme erklärt sich leicht, warum gerade die Nasenrachen-Schleimhaut befallen wird. Die anderen Schleimhäute in den der Körperoberfläche nahe liegenden Höhlen sind eben geschützt, wie die Genital- und Rektalschleimhaut. Käme das Gift gasförmig in die Zirkulation, und würden die diphtheritischen Membranen später ausgeschwitzt, so wäre es unerklärlich, warum dann nicht auch andere Schleimhäute in gleicher Weise befallen würden.

Die Thatsache, dass die Diphtherie manchmal schwer und ein anderes Mal leicht verläuft, hat man zu erklären versucht, indem man annimmt, dass:

1. das diphtheritische Gift verschieden stark sein kann und
2. dass die Disposition zur Erkrankung eine verschiedene ist.

Man kann sich wohl ein abgeschwächtes Gift vorstellen, aber der abstrakte Begriff „D i s p o s i t i o n" ist weniger fasslich, so lange wir nicht eine anatomische Basis dafür haben. Er selbst hält es für gar nicht unwahrscheinlich, dass die Lymphbahnen und Lymphräume dabei wesentlich in Betracht kommen.

Wir wissen, dass dieselben centripetal leiten, und es ist denkbar, dass die Aufsaugung und der Transport von septischem Material langsam oder rasch vor sich gehen kann, je nach dem Kaliber oder der anatomischen Anordnung der Lymphräume und Lymphgefässe gewisser Territorien oder auch Individuen. Wenn nun bei der Diphtherie oder bei irgend einem septischen Prozesse das Gift sehr langsam eingeführt wird, und also in geringen Mengen in die Blutbahnen gelangt, so werden wir oft deshalb keine schweren septischen Erscheinungen sehen, weil der thierische Organismus bis zu einem gewissen Grade gegen septisches Material tolerant ist und ein reger Stoffwechsel dessen Elimination bewerkstelligt.

Dass Kinder mit Amygdalitis leicht an Diphtherie erkranken, aber sehr selten septisch zu Grunde gehen, findet seine Erklärung wahrscheinlich in der durch die Entzündung hervorgerufenen Bildung eines bindegewebigen plastischen Materiales, wodurch die Lymphgefässe nicht mehr so gut leiten, wie vorher.

In Bezug auf die Behandlung stimmt er dem Vorredner in allen Punkten bei.

Obenan steht die P r o p h y l a x i s. Es sollte täglich der Rachen der Kinder, bevor sie zur Schule gehen, untersucht werden und, falls sich Röthung zeigt, das betr. Kind zu Hause behalten und isolirt werden. Ebenso sollten Erwachsene mit Halsbeschwerden entweder sich oder ihre Kinder isoliren und sich's, ob krank oder nicht krank, ein für alle Mal zur Regel machen, niemals die Kinder auf den Mund zu küssen oder küssen zu lassen. Ein frühzeitiges Anhalten der Kinder zum Erlernen des Gurgelns — der nach C.'s Ansicht mildesten Lokalbehandlung der Rachen-Diphtherie — erscheint wünschenswerth.

In t h e r a p e u t i s c h e r Beziehung gilt der Satz: Jede Lokalbehandlung, welche verletzt, schadet! — Eis-Kravatte um den Hals, Ausspritzung der Nase mittelst *Spray* und Gurgeln, Letzteres mehr bei Erwachsenen, ist die schonendste Art des Vorgehens Man benutzt dazu Kalkwasser, Salzwasser, Boraxlösung, auch Sublimat (1 : 5000).

Letzthin hat Redner vielfach *Listerine*, eine Patentmedizin[1]), gebraucht und dasselbe als ein gutes Mittel befunden.

Die galvanokaustische Behandlung, wie sie von dem Augenarzte Dr Bloebaum in Koblenz vorgeschlagen, kann Redner nicht empfehlen.

Als innere Behandlung ist gute Ernährung und Stimulirung anzurathen. Arznei, wie schwache Lösungen von *Kali chloricum* mit Eisen oder Sublimat nur bei kleinen Kindern in kleinen Dosen, in der Hoffnung, dass das Vorbeifliessen beim Verschlucken vielleicht etwas wirkt. Von nährenden Klystiren aus Peptonen, Milch und Brandy hat Redner manchmal Erfolge gesehen.

Dr. J. Adler: Eine eigentliche Behandlung der D. existirt ebensowenig wie eine solche von Typhus oder Blattern. Was wir thun können, deckt sich mit der Prophylaxe: Sauerstoff, gute Nahrung, Herz-Stimulation, Reinhalten von Mund- und namentlich Nasenhöhle mittelst *Spray* oder durch Aufschnupfen von Lösungen. Das Mittel ist dabei gleichgültig, nur darf es nicht reizen. Die Schleimhaut muss intakt bleiben. Als ein wichtiges Mittel in der prophylaktischen Behandlung der D. ist die galvanokaustische Behandlung chronisch entzündeter, geschwellter Tonsillen, besonders bei Kindern, zu nennen. Unter Cocain ist dieselbe ganz schmerzlos und gelingt es leicht, in etwa sechs Sitzungen beide Tonsillen in eine derbe Narbenmasse zu verwandeln. In den Lakunen sitzt ja immer septisches Material, welches beim geringsten Anstosse D. erzeugt. Die blutige Entfernung bei nicht geschwellten Tonsillen ist nicht möglich, nützt auch nichts, ist sogar manchmal gleich von D. gefolgt. Der Nutzen des besprochenen Verfahrens liegt demnach auf der Hand.

Dr. F. W. Lilienthal möchte das Krankenzimmer nur mit Vorsicht lüften; kalte Luft, wenn inspirirt, erzeugt leicht Laryngitis, worin wiederum Gefahr liegt.

Dr. C. Beck plaidirt für gründliches, mit stumpfer Kürette ausgeführtes Entfernen der Membranen und sofortige Zerstörung des Giftes durch recht häufiges Berieseln der freigelegten, wunden Flächen mittelst zerstäubten Sublimat-Wassers (1:5000, auch 1:2000).

Dr. A. Caillé hält diese Art der Behandlung für absolut gefährlich. Könnte man sofort, nachdem die Membranen abgekratzt sind, einen antiseptischen Okklusiv-Verband anlegen, dann wäre sie brauchbar.

Dr. A. Seibert sieht bezüglich der Frage der Luftzufuhr, Dr. Lilienthal gegenüber, in der fleissigen Ventilation der Zimmer eine vortreffliche Präventiv-Massregel gegen Laryngitis und damit auch gegen laryngeale Diphtherie. Betreffs der Behandlung glaubt er, dass mit Gurgeln wenig oder nichts erreicht wird. Die Flüssigkeit kommt nicht hinter das Gaumensegel Weit besser ist es, Anfangs antiseptische Flüssigkeiten, Karbol- oder Jod-Lösung, welche sogar den Appetit anregen, schlucken zu lassen. Später giebt S. *Kali chloricum* mit Eisen.

(Vertagung der Diskussion auf nächste Sitzung.)

---

[1]) *Listerine* ist eine sog. Spezialität, aber keine Patentmedizin, da dasselbe erstens nur in medizinischen Journalen angezeigt wird und zweitens seine Zusammensetzung aus Eukalyptol, Thymol, Borsäure, Benzoësäure etc. kein Geheimniss ist, und nur auf die Reinheit der Präparate und ihre Mischungsverhältnisse, sowie ihre Mischungsweise, besondere Sorgfalt verwendet wird. Als Gurgelwasser und überhaupt zur Reinigung des Mundes ist L. vorzüglich.

Die Redaktion.

Sitzung vom 7. Februar 1887.

Vorsitzender: Präsident Dr. L. Weber.
Sekretär: Dr. Willy Meyer.

Nach Aufnahme von sechs Kandidaten berichtet der prot. Sekretär, dass zwei Broschüren eingegangen sind: E. Fischer, Das Drehungsgesetz bei dem Wachsthum der Organismen und ein Heft der *Illustrirten Monatsschrift für ärztliche Polytechnik.*

Der erste Vortragende des Abends ist
Dr. C. Heitzmann über das Thema:

Der feinere Bau der gestreiften Muskeln.

Es wird in demselben die Entwickelung und Erkenntniss des mikroskopischen Baues der quergestreiften Muskeln und die verschiedenen Ansichten über die physiologischen Vorgänge der Kontraktion und Innervation besprochen. Der Vortrag soll als Einleitung und zugleich zur näheren Erläuterung des zweiten dienen.

Zu demselben erhält
Dr. G. W. Jacoby das Wort:

Der mikroskopische Befund in einem Falle von Thomsen'scher Krankheit.

Redner schildert die Thomsen'sche Krankheit (nach Struempell auch *Myotonia congenita* genannt) zunächst in ihrem klinischen Bilde und eigenthümlichen Verhalten bei Anwendung des elektrischen Stromes, und berichtet dann ausführlich über den mikroskopischen Befund in seinem Falle. (Es war zur genaueren Untersuchung ein Stück Muskelfleisch aus dem *Quadriceps cruris* des Patienten, und zum Vergleich ein ebensolches von einem gesunden Manne exzidirt worden.)

J. sieht in der Thomsen'schen Krankheit ein Leiden der Muskeln, hält es aber nicht für unmöglich, dass durch spätere Untersuchungen etwas Pathologisches im peripheren und zentralen Nervensystem gefunden und der in Rede stehende Zustand damit wieder in das Kapitel der Nervenkrankheiten eingereiht wird.

Diskussion:

Dr. A. Jacobi glaubt an diese letztere Möglichkeit nicht. Ihm scheint der eigenthümliche Befund, dass der Muskeltetanus vom Muskel aus leicht, vom Nerven dagegen nicht oder nur mit starken Strömen und dann schwächer, hervorzurufen ist, in Anbetracht der gefundenen, stark hypertrophischen, aber normalen Muskel- und der normalen Nerven-Substanz, einfach auf einem Missverhältniss zwischen den zwei Kräften zu beruhen. Die Nerven thun ihre Pflicht, können aber die Muskeln nicht kontrolliren. Letztere stehen nicht mehr unter einem genügenden Einflusse des Nervensystems. Zu gleicher Zeit möchte Redner fragen, wie es sich mit der Darstellung von Erb verhält, welcher behauptet, nicht Hypertrophie, sondern Atrophie des Bindegewebes bei der mikroskopischen Untersuchung seines Falles gefunden zu haben.

Dr. C. Heitzmann wollte ungefähr mit denselben, soeben geäusserten Worten den Vortragenden auf die Bahn weisen, diesen Befund zu erklären.

Dr. L. Weber glaubt, dass die starke Verbreiterung der Muskelfasern, wie sie in den Fällen von Erb, Fischer und Kanstatt am meisten in die Augen fiel, als ein mechanisches Moment zur Erklärung der Erscheinung berücksichtigt werden könnte.

Dr. G. W. Jacoby antwortet, dass die Muskelfasern in seinem Falle

doppelt so gross erschienen als die normalen. Die anderen Autoren fanden vierfach so grosse Dimensionen. Klinisch war aber kein Unterschied vorhanden. Erb hat, so viel er weiss, auch Hypertrophie des Bindegewebes gefunden.

Dr. A. Schapringer möchte etwas über den Befund bei einem durch Uebung hypertrophisch gewordenen Muskel hören.

Dr. C. Heitzmann kann diese Anfrage dahin beantworten, dass in einem derartigen Muskel die Fasern allerdings auch vergrössert sind, aber niemals so wie in der Thomsen'schen Krankheit, wo das doppelte und das dreifache Volumen erreicht wird.

Dr. G. W. Jaboby betont in seinem Schlussworte nochmals, dass er die Krankheit für eine muskuläre ansieht und nicht glaubt, dass später noch etwas Pathologisches in den Nerven gefunden werden wird.

Es folgt die Fortsetzung der

Diskussion

über die Prophylaxis und Therapie der Diphtherie.

Dr. A. Jacobi kann zu dem früher Gesagten wenig hinzufügen. Er will nur auf einige Punkte der Behandlung eingehen. Es ist thöricht, zu sagen, dieses oder jenes Mittel hat die D. geheilt. Eine grosse Anzahl der Fälle heilt von selbst, besonders Mandel-Diphtherie, die nicht nur deshalb so selten Sepsis erregt, weil — wie Dr. Caillé hervorgehoben — die vorhandene Entzündung der Mandel die Lymphbahnen weniger leitungsfähig macht, sondern weil die Tonsillen normaler Weise kaum Lymphgefässe haben, nahezu vom übrigen Organismus abgeschlossen sind, um so mehr, je älter das Individuum.

Handelt es sich also um Behandlung der D., so soll man nur die allerschwersten septischen Fälle berücksichtigen. Hat man bei diesen etwas ausgerichtet, so hat man die D. behandelt. Wüssten wir Stimulantien, welche das Leben so lange erhalten, bis das Gift eliminirt ist, so wäre das die Behandlung der D. Kräftigung der Herzthätigkeit, sowie im Allgemeinen, und Antisepsis sind die Indikationen. Ueber letzteren Punkt möchte J. noch sagen, dass er seit Langem bei der D. antiseptisch gearbeitet und Erfolg davon gesehen hat. Nicht die Stärke, sondern die Kontinuirlichkeit der Wirkung ist wichtig. Der Chirurg kann mit dauernder Applikation schwacher Lösungen denselben Erfolg erzielen, wie mit starken bei seltener Anwendung. Beim Desinfiziren handelt es sich nicht allein um Tödtung der Bacillen, sondern um Lahmlegung der schon vorhandenen Hemmung ihrer Weiterentwicklung. Man will also das Vergiften unterbrechen. Hiervon ausgehend hat Redner schon seit 20 Jahren bei D. der Nasen- und Rachenhöhle, um die es sich ja für gewöhnlich handelt, den *Spray* in die Nase angewendet. Er bedient sich dazu einer stark verdünnten Lösung von Karbolsäure (1 : 800, 1 : 1600, ja 1 : 3200), von welcher Diluirung Dr. Mitchell Prudden (New York) im Jahre 1880–81 experimentell nachgewiesen, dass sie, wenn kontinuirlich applizirt, einen Entzündungs-Prozess zu hemmen im Stande ist. Von Koch ist andererseits festgestellt, dass eine Karbolsäure-Lösung von 1 : 1250 genügt, um Weiterentwicklung von Bakterien zu hemmen. Auf das Desinfiziens selbst kommt es jedoch nicht an. Gesättigte Borsäure-Lösung, sehr verdünnte Sublimat-Lösung mit Bor zusammen sind brauchbar. Beides in grossen Gaben, aber starker Verdünnung verschluckt, thut keinen Schaden. Alle viertel, halbe, ganze Stunden den *Spray*. Doch muss man das

Wartepersonal darauf einlernen. Es dürfen bei der Manipulation — die im Bette gemacht werden sollte und in 20 Sekunden geschehen sein kann, wenn Alles gut vorbereitet ist — keine Kräfte verschwendet werden. Ein *Spray* in jedes Nasenloch (nicht in den Mund) reicht hin.

Wenn diese Einspritzungen in unverständiger Weise ausgeführt werden, können dadurch die Kräfte des Kindes erschöpft werden. (Zwei Fälle, in denen Kinder zwischen den Knieen einer „*Trained Nurse*" bei ungeschickter, roher Manipulation starben, werden mitgetheilt.)

Bei guter, richtiger Behandlung erwartet J. immer, dass die bei septischer D. gewöhnlich vorhandene Drüsen-Schwellung an den Kieferwinkeln schon nach 12 – 15 Stunden um ein Bedeutendes abgenommen. Er erklärt das in Anbetracht der Thatsache, dass Lymphdrüsen bei Aufnahme eines Giftes sehr schnell schwellen, mit der Annahme, dass sie durch das ebenso schnell aufgenommene Desinfiziens wieder abschwellen.

Dr. B. Scharlau kommt auf die Auseinandersetzungen der letzten Sitzung zurück. Nach seiner Ansicht hat sich Dr. Seibert dem Nihilismus zu sehr in die Arme geworfen und Dr. Beck ist hyperaktiv und zu schnell mit seinem Urtheile bei der Hand gewesen. Allerdings sind Letzterem fünf Fälle bei seiner eingreifenden Behandlung gesund geworden; sicherlich würde sich aber bei weiterer Beobachtung dieser Prozentsatz wesentlich verschlechtern. Es wäre ja herrlich, wenn wir die Bacillen direkt aus dem Rachen entfernen könnten. Es ist aber stets sehr viel mehr erkrankt, als wir sehen, und die Membranen kehren nach ihrer Entfernung so ungemein schnell wieder. Redner stimmt der Therapie Dr. A. Jacobi's völlig bei.

Dr. A. Seibert glaubt nicht, sich dem Nihilismus in die Arme geworfen zu haben. Er hat vielmehr den Nihilismus Dr. Caillé's und den Uebereifer Dr. Beck's abgewehrt und ausdrücklich erklärt, dass er die desinfizirende Behandlung für die beste hält.

Dr. C. Beck erwidert Dr. Scharlau, dass er nur eine Beobachtung mit dem Auskürettiren der diphtheritischen Membranen gemacht und dieselbe mitgetheilt habe. Er ist der Ansicht, dass die wirkliche antiseptische Behandlung der D. nur eine solche sein könne, welche auf den Grund der Krankheit, d. h. auf die Wunden unterhalb der Auflagerungen, gerichtet ist.

In Erwiderung dieser Bemerkung glaubt

Dr. B. Scharlau gar nicht genug davor warnen zu können, bei D. im Halse mit stumpfen oder scharfen Instrumenten herumzuarbeiten. Wir wissen Alle recht gut, dass schon durch Pinselungen, mit denen manchmal blutende Flächen gemacht werden, allgemeine septische Infektion hergerufen werden kann. — Auch

Dr. D. Cook meint, dass dieser Punkt, das Sichenthalten einer eingreifenden Therapie zur Entfernung der diphtheritischen Auflagerungen, nicht scharf genug betont werden kann. Er behandelt seine Diphtherie-Kranken nach Thompson's Vorschlag mit schwachen Bromösungen (ʒ ss auf ʒ ii Wasser), die er der Mixtur von *Kali chloricum* und *Tr. Ferri muriatici* vorzieht. Er lässt davon aller halben Stunden 15 Tropfen in einem Theelöffel Zuckerwasser innerlich nehmen und zweistündlich 15 Tropfen in einem Theelöffel Salzwasser in jedes Nasenloch eingiessen. Er hat damit, wie er angiebt, recht guten Erfolg gehabt.

Verein deutscher Aerzte von St. Louis.

Sitzung vom 4. Februar 1887.

Vorsitzender: Dr. Heyer.

Zur Illustration der Fieber herabsetzenden Wirkung des Antifebrins referirte

Dr. Richter einen Fall von Typhus bei einem 16-jährigen Mädchen. Es wurden Dosen von 0,15g verabreicht. Die Temperatur wurde normal und es stellte sich während des ganzen Verlaufs der Krankheit kein Fieber wieder ein, trotzdem nach Eintritt der normalen Temperatur kein Antifebrin mehr verabreicht worden war.

Dr. Greiner berichtete über zwei Typhusfälle, von denen der eine mit Antipyrin, der andere mit Antifebrin behandelt wurde. Der erste Fall betraf ein Mädchen von 7 Jahren. Am dritten Tage der Erkrankung wurden in stündlichen Intervallen dreimal zehngränige Antipyrinklystire verordnet. Vom siebenten Tage der Erkrankung an war Patientin vollständig fieberfrei, so dass die antifebrile Behandlung ausgesetzt wurde. Der weitere Verlauf der Krankheit war fieberlos. Der Puls war etwa während der ersten 11 Tage der Erkrankung 110 bis 120 und ist jetzt, also am 15. Tage der Erkrankung, 80. Im Uebrigen wurden die Symptome der Krankheit durch das Antipyrin nicht merklich beeinflusst.

Der andere Fall, einen Knaben von sechs Jahren betreffend, wurde vom achten Tage der Erkrankung an mit Antifebrin behandelt. Es wurden Morgens 3 Gran und später 1 resp. 1½ Gran gegeben. Nach vier Tagen verlief die Krankheit afebril.

Dr. Alt referirte einen Fall von Diphtherie der Conjunktion des oberen Augenliedes. Das Kind hatte kurz vorher eine Erkrankung des Halses durchgemacht, welche vom Arzte mit Bestimmtheit für nichtdiphtherisch erklärt wurde. Redner bekam den Fall zwei Tage nach Erkrankung des Auges zu sehen. Es war eine ausgesprochene Diphtherie des oberen Lides vorhanden. Neben Cocain und Atropin wurde eine Sublimatlösung, 1 : 2500, alle halbe Stunden eingeträufelt. Schon nach zweitägiger Behandlung fingen die Membrane an, sich abzustossen. Die Abstossung der Membrane ging im Vergleich zu anderen Fällen so schnell von statten, dass Redner dieselbe der Wirkung des Sublimats zuzuschreiben zu müssen glaubt.

Dr. Greiner bemerkt, dass er in letzter Zeit alle schweren Fälle von Diphtherie innerlich mit Sublimat behandelt habe.

Dr. Birnroth gebraucht das Sublimat in leichten Fällen äusserlich. Die schweren Fälle bezeichnet er als charakterisirt durch diffuse Infiltration und Ausdehnung des lokalen Prozesses auf die Nasenschleimhaut.

Dr. Richter beobachtete bei allen perniciösen Fällen einen der Lungengangrän ähnlichen Geruch, welcher mit keinerlei Desinficiens zu benehmen ist.

Dr. Heyer hat bei schweren Fällen mit Terpentin gar keine Wirkung erzielt.

Dr. Baumgarten spricht ebenfalls zu Gunsten des Sublimats, und referirt einen schweren Fall von Diphtherie mit diffuser Erkrankung des Pharynx und Nasendiphtherie und später eintretenden Lähmungen bei einem 2½-jährigen Kinde. In diesem Falle, welcher einen günstigen Verlauf nahm, wurde $\frac{1}{10}$ Gran Sublimat per Tag fünf oder sechs Tage lang verabreicht.

Dr. Evers referirte einen Fall von Diabetes insipidus, welcher sich nach diätetischer Kur und Opium besserte.

Dr. Baumgarten erzählte einen Fall von Diabetes insipidus, welcher

bei diätetischer Kur genas. Patient war dann verschiedene Monate gesund. Später fand sich jedoch Zucker im Harn, der auf diätetische Behandlung nicht wich. Bei Opiumbehandlung, bis zu 3 Gran täglich verabreicht, schnelle Besserung, so dass die Quantität des Harns jetzt beinahe normal und der Zucker vollständig verschwunden ist.

Dr. L. T. Riesmeyer, Sekretär.

Die Herren Battle & Co. in St. Louis zeigen in unserem Blatte drei Spezialitäten an, welche bereits von vielen Aerzten regelmässig verordnet werden und welche thatsächlich warm empfohlen werden können. Es sind dies das „Papine," ein Substitut für Opium, „Bromidia," ein Hypnotikum, und „Iodia," ein alterirendes und Uterus-stärkendes Mittel. Ein Versuch ist in gegebenen Fällen anzurathen. Da die Herren Battle & Co. wie wenige unter dem Uebelstande der „Substitution" zu leiden haben, ist es für diejenigen unserer Leser, welche sich ein Urtheil über die Präparate verschaffen wollen, angezeigt, sich direkt wegen Uebersendung von Proben mit Erwähnung der Presse an die genannte Firma zu wenden.

Die von der Wm. S. Merrell Chemical Co. in Cincinnati hergestellten flüssigen Extrakte sind aus der rohen Drogue gewonnen und in Folge dessen sicher in ihrer Wirkung. Sie sind stets gleich stark und widerstehen den Einflüssen von Wärme und Licht. Die Lektüre einer Monographie, „Green Drug Fluid Extracts—Their Origin, History and Rationale," welche von der Merrell Co. herausgegeben und auf Verlangen kostenfrei versandt wird, dürfte unseren Lesern manches Interessante bieten.

Bei Schwächezuständen des Uterus, Sterilität, habituellem Abortus u. s. w. empfiehlt sich der Gebrauch von „Aletris Cordial," dargestellt aus der Aletris Facinosa von der Rio Chemical Co., auf deren in diesem Blatte enthaltene Anzeige wir besonders aufmerksam machen. Ein höchst werthvolles, weil die Schleimhäute nicht irritirendes Adstringens ist der von derselben Firma fabrizirte Extrakt von Pinus Canadensis, ein mildes Abführmittel ihr „Acid Mannate" und ein vorzügliches Nerven-Tonicum und Stimulans ihr "Celerina." Die Empfehlung durch den verstorbenen Dr. J. Marion Sims allein dürfte genügen, um solche Leser der Presse, welche diese Präparate noch nicht benutzt haben, zu Versuchen zu veranlassen.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

H. IMHOF,
APOTHEKER,
189 East Broadway, cor. Jefferson Street,
NEW YORK.

THOMAS LATHAM,
APOTHEKER,
3. Ave. & 75. Street, NEW YORK.
(vormals bei Eimer & Amend),
erbittet sich die Patronage der Profession. Aerzten die Zusicherung, dass ich Recepte *lege artis* und mit ausschliesslicher Benützung der besten Droguen bereite.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. III. New York, Mai 1887. No. 6.

Innerliche Anwendung des Hydrargyrum carbolicum oxydatum bei Syphilis.

Von Dr. Karl Schadeck in Kiew.

Ich werde mir erlauben, in wenigen Zeilen die Aufmerksamkeit des ärztlichen Publikums auf ein neues Quecksilberpräparat zu lenken, das, so viel ich erfahren konnte, noch nicht allgemein bekannt ist.

Im Märzhefte 1886 einer wenig bekannten italienischen Zeitschrift erschien eine Mittheilung des Prof. Gamberini*), der ein neues Quecksilberpräparat zum innerlichen Gebrauch empfahl; dieses Mittel scheint vor den anderen zum innerlichen Gebrauch bisher angewandten Hg-Präparaten (Calomel, Protojoduret, Sublimat u. a.) den Vorzug zu verdienen, weil es vom Verdauungstrakt gut vertragen wird. Gamberini nimmt an, dass Syphilis eine parasitäre Krankheit sei und dass daher ein doppeltes antiparasitäres Mittel viel wirksamer sein würde. Um diesen Zweck zu erreichen, hat er die Carbolsäure mit Quecksilber vereinigt und somit das Quecksilberphenolat — Il Fenato di mercurio — gebildet. Dieses neue Hg-Präparat wurde von den Chemikern Sgr. Luigi Boriani und Sgr. Dallari Gherardo in folgender Weise dargestellt: Die filtrirte Wasserlösung des Kaliphenolates wird gemischt mit der erkalteten und filtrirten wässerigen Sublimatlösung, und bildet sich hierbei ein orangefarbiger Niederschlag, der bald hellgelb wird und beim Trocknen eine noch hellere Farbe annimmt; nach dieser Bereitungsweise erhielten sie eine pulverartige Masse des Quecksilberphenolates, die Carbolsäuregeruch verbreitet.

Nach der Analyse des Sgr. Gherardo soll das Mittel folgende chemische Formel haben: C_6H_4OHg.

Gamberini hat in 10 Fällen der Syphilis secundaria (bei 5 Männern und 5 Weibern) das neue Quecksilberpräparat innerlich in Pillenform verabreicht; jede Pille enthielt 0,02 des Mittels und war mit einem Mantel von Tolubalsam überzogen. Mit diesem Präparate hat Gamberini im Ganzen sehr befriedigende Erfolge erzielt. Die Behandlung beginnt mit 2 Pillen und kann allmälig bis zu 4—6 täglich steigen. Das Mittel wurde sehr gut vertragen und verursachte nur dreimal unbedeutende Koliken, aber niemals Durchfälle. Die syphilitischen Erscheinungen — makulöse und papulöse Syphilide — involvirten rasch bei dem Gebrauche des Quecksilberphenolates. Die ganze innerlich genommene Quantität betrug 1,0—6,0 g. Viermal beobachtete er mercurielle Stomatitis und unbedeutende Salivation. Die Behandlungsdauer war 12—20 Tage in 6 Fällen, 25—45 Tage in 3 Fällen und 70 Tage in einem Falle.

Die Erfolge, welche Gamberini in einer Versuchsreihe von 10 Syphilisfällen mit dem Quecksilberphenolat erzielte, waren zu weiteren Ver-

*) Pietro Gamberini. Il Fenato di mercurio, nuovo medicamento per la cura della sifilide. — *Revista Italiana di Terapia e Igiene;* Piacenza; 1886, VI. No. 3, p. 84—89.

suchen sehr aufmunternd. Deshalb ergriff ich die Gelegenheit, den Werth dieses Mittels aus eigener Erfahrung kennen zu lernen; um diesen Zweck zu erreichen, da das neue Präparat im Handel noch nicht vorhanden war, wandte ich mich an den hiesigen Apotheker Herrn H. Brandt mit der Bitte, sich dieses Gegenstandes anzunehmen und ein solches Präparat zu bereiten; Herrn Brandt gelang es, ein carbolsaures Hg-Oxydpräparat von constanter Verbindung darzustellen. Das neue Quecksilberpräparat ergab nach der angestellten Analyse einen Durchschnittsgehalt von ungefähr 50 Proz. Quecksilber und folgende Formel:

$$\left.\begin{matrix} C_6H_5O \\ C_6H_5O \end{matrix}\right\} Hg + H_2O.$$

Dieses carbolsaure Quecksilberoxyd — *Hydrargyrum carbolicum oxydatum* — wird von H. Brandt dargestellt durch Fällung einer sehr verdünnten wässerigen Sublimatlösung mit einer konzentrirten, kohlensauren, kalifreien alkoholischen Phenolkalilösung. Der so erhaltene Niederschlag hat eine gelbliche Farbe, die nach 24-stündigem Stehen unter öfterem Schütteln der Flüssigkeit eine fast weisse Farbe annimmt. Der Niederschlag wird auf ein Papierfilter gebracht und so lange mit destillirtem Wasser ausgewaschen, bis keine Reaktion auf Chlor mehr erhalten wird. Jetzt wird der Niederschlag auf neues Filtrirpapier gebracht und über Schwefelsäure unter der Glocke getrocknet.

Das so hergestellte *Hydrargyrum carbolicum oxydatum* ist eine fast weisse (sandfarbige), geschmacklose, amorphe Substanz von schwachem Carbolsäuregeruch, die sich unzersetzt nicht löst; es wird von kalter Salzsäure wenig angegriffen, dagegen löst es sich sehr leicht in kochender Salzsäure. Lösungen von ätzenden und kohlensauren Alkalien geben mit obiger verdünnter Salzsäurelösung einen gelbrothen Niederschlag von Quecksilberoxyd. Das carbolsaure Quecksilberoxyd schmilzt nicht beim Erhitzen in einem trockenen Probirgläschen und ist unzersetzt nicht sublimirbar. Wird es in solcher Weise erhitzt, so bildet es Kohle, Quecksilberkügelchen nebst Wasserdämpfen. Beim Kochen des Präparates mit verdünnter Salpetersäure löst es sich und die Lösung zeigt bei weiterer Erhitzung Millon'sche Reaktion. Es bildet sich zuerst eine schwach gefärbte Flüssigkeit, die plötzlich in Roth und später in Braunroth übergeht. Dieses Verhalten kann als eine spezielle Reaktion auf carbolsaures Quecksilberoxyd angesehen werden. In Chloroform, Schwefelkohlenstoff und Aether ist das Präparat unlöslich; mit Natronlauge gekocht, löst es sich und bildet nach dem Erkalten einen weisslichen Niederschlag*).

*) In der letzteren Zeit kommt im Handel ein Quecksilberpräparat, genannt *Hg carbolicum crystallisatum*, vor, welches gelbliche prismatische Krystalle darstellt, die beim Kochen mit Wasser oder verdünnter Salzsäure fest zusammenbacken. Beim Kochen mit Salpetersäure löst sich das Präparat, giebt aber keine Millon'sche Reaktion, und entwickelt einen benzoëartigen Geruch unter Gelbfärbung der Flüssigkeit. In Chloroform und Schwefelalkohol ist das Präparat leicht löslich. Beim gelinden Erhitzen der Krystalle in einem trockenen Reagenzgläschen schmilzt es zu einer gelblichen Flüssigkeit; bei weiterem starken Erhitzen zersetzt sich das Präparat unter Bildung von Quecksilberkügelchen, welche sublimiren, und von braunschwarzem Theer von benzoëartigem Geruch. Wird die Oeffnung des erhitzten Reagenzcylinders an die Flamme gehalten, so entzündet sich das dabei sich entwickelnde Gas (Benzol). Aus den von uns angestellten Versuchen und Analysen ist zu ersehen, dass dieses Quecksilberpräparat *Hydrargyrum carbolicum crystallisatum* nicht identisch mit dem von H. Brandt dargestellten carbolsauren Quecksilberoxyd ist, und zwar dem Quecksilberphenyl

$$\left.\begin{matrix} C_6H_5 \\ C_6H_5 \end{matrix}\right\} Hg$$

entspricht.

Das in solcher Weise dargestellte *Hydrargyrum carbolicum oxydatum* habe ich seit Juli vorigen Jahres in meiner ambulanten Privatpraxis bei Syphilis angewendet. Anfangs verabreichte ich innerlich das Präparat in Dosen von 0,02 g. in Pillenform; durchschnittlich liess ich täglich drei solcher Dosen nehmen und nur in 8 Fällen deren vier. Das Präparat wurde immer vorzüglich vertragen; in allen Fällen blieb die Verdauung ungestört, der Stuhl normal; nur in zwei Fällen wurde über Druckgefühl im Unterleibe geklagt. In einigen Fällen konnten es die Kranken 6—8 Wochen lang kontinuirlich nehmen, ohne dass es irgendwelche Koliken oder Durchfälle verursachte.

Die Zahl der Syphilisfälle, bei denen ich das Mittel innerlich anwandte, war bisher 35 (bei 26 Männern, 6 Weibern und 3 kleinen Kindern). Nach Eingabe des Präparates wird Quecksilber gut in den Körper aufgenommen, wie man dies aus dem therapeutischen Erfolg desselben bei sekundärer Syphilis ersieht. In 5 Fällen kamen Schwellung des Zahnfleisches und Salivation vor; doch war dieselbe meistens unbedeutend und ging bald vorüber. Als einen sicheren Beweis für die rasche Resorption des Quecksilbers durch den Organismus bei innerlicher Anwendung des *Hydrargyrum carbolicum oxydatum* dient das Auftreten des Quecksilbers im Harn schon nach Anwendung von 0,06 g. des Mittels.

Bezüglich des therapeutischen Erfolges seiner innerlichen Anwendung halte ich mich auf Grund meiner Beobachtungen zu dem Ausspruche berechtigt, dass es namentlich auf die Rückbildung der syphilitischen Erscheinungen von sehr günstigem Einflusse ist. Makulöse und papulöse Exantheme, auch sogenannte *Psoriasis palmaris et plantaris* bilden sich unter dem innerlichen Gebrauche dieses Mittels sehr rasch zurück; bei Fleckensyphilis und leichteren Rezidivformen der Syphilis genügt 2—4-wöchentliche Verabreichung des Mittels; bei den syphilitischen Erkrankungen der Schleimhäute, bei grosspapulösen, pustulösen Syphiliden und bei *Psoriasis palm. et plant.* und *Lichen syphiliticus* ist man genöthigt, 4—6 Wochen lang das Präparat anzuwenden. Die multiplen Drüsenschwellungen, welche einer jeden antisyphilitischen Behandlung monatelang Trotz bieten, wichen auch bei Anwendung des *Hydrargyrum carbolicum oxydatum* sehr wenig. Die günstige Wirkung des Präparates auf die Involution breiter Condylome der Genitalien und des Anus kann ich nach den von mir beobachteten Fällen nicht genügend bestätigen, da ich die neue Behandlungsmethode nicht rein durchführen konnte; ich war nämlich genöthigt, wegen besonderer Verhältnisse der Privatpraxis auch die lokale Behandlung solcher syphilitischen Affektionen anzuwenden.

Unter 35 Fällen waren 19 Rezidivformen der sekundären Syphilis, 16 recente Syphilis; als Nachkur nach durchgeführter Friktions- oder Injektionskur wurde das Mittel zwölfmal angewendet. In zwei Fällen sehr hartnäckiger Syphilis mit ausgebreitetem papulösem Ausschlag am Stamm und den Extremitäten (bei einem 45-jährigen schwachen Mann und bei einem 42-jährigen Weib) hat mich das Mittel im Stich gelassen, weshalb ich später zur Simon'schen Inunktionskur griff und damit auch zum Ziele kam. Bei Spätformen der Syphilis habe ich bis jetzt die innerliche Anwendung des Mittels nur als Nachkur versucht; es steht mir also über die therapeutische Wirkung dieses Mittels in solchen Fällen kein Urtheil zu

Um bei dem Kranken der Störung des Intestinaltraktus vorzubeugen, verabreichte ich das Mittel immer nach den Mahlzeiten in Pillenform nach folgender Formel:

℞ *Hgyri. carbolici oxydati* 1,2
Extr. et pulv. liquiritiae q. s. ut. f.
massa ex qua form. pil. ..... *No.* 60
Obduce Balsamo tolutano.
S. Jeden Tag 2—4 Pillen zu nehmen.

Bei Kindern genügen täglich zwei Dosen von je 0,004—0,005 g. Solche Dosen wurden sehr gut von 2—4-jährigen Kindern (in 2 Fällen) vertragen, ohne Verdauungsbeschwerden zu verursachen.

Aus diesem Bericht ist zu ersehen, dass ich mit obigem Präparat ebenso befriedigende Resultate wie Gamberini erhalten habe.

Die Anwendung dieses Mittels bei Syphilis finde ich umsomehr angemessen, als ich es nicht in der Spitalpraxis, sondern in der Ambulanz verordnete, wo solche Patienten hinsichtlich ihrer Lebensweise der Aufsicht entzogen waren, — ein Moment, welches für die Beurtheilung des Werthes therapeutischer Anwendbarkeit sehr wichtig ist und den Werth des *Hydrargyrum carbolicum oxydatum* erhöht.

Aus unseren Beobachtungen bei innerlichem Gebrauche des Mittels bei Syphilis lässt sich also erkennen:

1. Dass es einen günstigen Einfluss auf den Heilungsprozess der syphilitischen Affektionen, namentlich bei *Lues secundaria* ausübt;

2. Dass dieses Mittel den Intestinaltraktus gar nicht reizt und sehr gut von den Kranken vertragen wird;

3. Dass Hg bei innerlicher Anwendung des *Hydrargyrum carbolicum oxydatum* rasch resorbirt wird und in den Säftestrom gelangt.

Obwohl ich mich nicht für ganz berechtigt halte, aus 35 Fällen allgemein gültige Schlüsse zu ziehen und mich in weitgehenden Vergleichungen mit anderen Methoden der Quecksilberapplikation zu ergehen, so scheint mir doch mit ziemlicher Sicherheit daraus hervorzugehen, dass das von Gamberini empfohlene Quecksilberpräparat ein schätzbares Mittel in der Syphilisbehandlung sein wird, und dass dieses Präparat besonders bei leichten Syphilisformen und Rezidiven auch als Nachkur sehr empfehlenswerth und den anderen Quecksilberpräparaten vorzuziehen ist, da letztere (Calomel, Jodquecksilber, Sublimat u. a.) bei innerlichem Gebrauche oft unangenehme Nebenwirkungen verursachen.

Seit einiger Zeit wende ich das *Hydrargyrum carbolicum oxydatum* auch hypodermatisch an und hoffe bald darüber Näheres mittheilen zu können.

Kiew, 23. Januar 1887.

Ueber den diagnostischen Werth des Gonococcen-Befundes.[1])

Von Dr. Edmund C. Wendt, New York.

Wenn die Auffindung gewisser Mikroorganismen für die Diagnose eines bestimmten Krankheitsprocesses entscheidend sein soll, so muss vor allen Dingen der Nachweis geliefert werden, dass die betreffende Krankheit mit ihrer Gegenwart eng verknüpft ist. Beim Tripper ist dieser Nachweis gelungen.

Bumm[2]) hat in der kürzlich erschienenen zweiten Auflage seiner Mo-

[1]) Vortrag, gehalten vor der *Med. Chir. Ges. Deutscher Aerzte der Stadt New York u. U.*, am 7. März 1887.

[2]) Ueber den Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen—Gonococcus—Neisser; Wiesbaden; J. F. Bergmann, 1887.

nographie über die Gonococcen zwei Inoculationen berichtet, deren Beweiskraft mir zwingend zu sein scheint. Wie dieser fleissige Forscher selber treffend sagt, „soll die praktische Medizin aus der Neisser'schen Entdeckung den vollen Nutzen ziehen, so muss sie sich auf eine feste wissenschaftliche Basis stützen können, und muss in erster Linie jeder, auch der geringste Zweifel über die Bedeutung des Gonococcus als Ursache der gonorrhoischen Entzündung aufhören." Die Bumm'schen Impfversuche haben alle Zweifel gehoben.

Die Aetiologie des Trippers wäre also klar. Ein Tripper entsteht nur in Folge von Ansteckung mit Trippercontagium. Die Träger dieses Contagiums sind die von Neisser entdeckten Trippercoccen.

Ohne Gonococcen kein Tripper. Ohne Tripper keine Gonococcen. Irgend ein Sekret, welches sie beherbergt, ist ansteckungsfähig. Kein Sekret ist ohne sie im Stande, den Tripper zu erzeugen.[1]) Wie verhält es sich aber mit der praktisch-klinischen Verwerthung dieser Entdeckung? Wie gelingt der actuelle Nachweis der Gonococcen zu diagnostischen Zwecken?

Vor drei Jahren hielt ich mich kurze Zeit in Würzburg auf und liess mir daselbst eine Reihe von Gonococcenpräparaten an der Klinik für Syphilis demonstriren. Der betreffende Assistenzarzt (sein Name ist mir leider entfallen) behauptete mit Zuversicht, lediglich auf den mikroskopischen Befund der Tripperpilze hin, den Zeugenstand in einem etwaigen Criminalfalle betreten zu dürfen, um einem Eid zu leisten über stattgehabte gonorrhoische Infektion.

Zur Diagnose genügte ihm einfache mikroskopische Inspection des gefärbten Präparates. In zwei Minuten etwa gelang die Anfertigung eines solchen Präparates. Angeregt durch diese Aeusserungen eines gewissenhaften Arztes machte ich es mir bei meiner Rückkehr nach New York zur Aufgabe, eigene Erfahrungen über die Bedeutung der Gonococcen zu sammeln.

Die Absicht, etwa complizirte pathologisch-biologische Experimente anzustellen, lag mir ferne. Ich beschränkte meine Aufmerksamkeit lediglich auf Untersuchungen, wie sie eben jeder praktische Arzt selber vorzunehmen im Stande ist. Meine Aufgabe heute Abend ist, Ihnen in möglichster Kürze eine Uebersicht der so gewonnenen Resultate zu unterbreiten, d. h. nur insofern, als dieselben Beziehung haben zur mikroskopischen Diagnose der Blenorrhöe. Fast sämmtliche Beobachtungen sind in Gemeinschaft mit Dr. Chas. W. Allengemacht worden. Im Laufe der drei Jahre haben wir nun etwa tausend Präparate durchmustert und beinahe 300 Krankheitsfälle zur Beobachtung bekommen.

Anfangs beschränkten wir die Untersuchungen auf solche Fälle, wo die klinische Diagnose auf Tripper lautete. Später jedoch wurde es nothwendig, alle möglichen schleimig-eiterigen Flüssigkeiten mit in das Bereich der Untersuchungen zu ziehen. So wurden mikroskopirt der Eiter bei Balanitis, bei Otorrhöe, bei Conjunctivitis, bei Ozaena; aber auch der Eiter von Bubonen, Panaritien und beliebigen Abscessen; ferner die Sekrete von *Ulcus molle* und *Ulcus durum*; ebenso verschiedene expektorirte Massen, auch Lochialsekrete und dergleichen mehr.

Ohne auf Einzelheiten eingehen zu wollen, muss ich gestehen, dass mich die relative Frequenz der positiven Ergebnisse frappirte.

Allerdings fehlten die charakteristischen Gebilde in keinem einzigen der vielen untersuchten Tripperpräparate. Aber es hatte ganz den

[1]) Cf. auch C. Schwarz: Die gonorrhoische Infection beim Weibe, in „Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge," No. 279.

Anschein, als seien Diplococcen, die sich durch nichts von den Neisser'schen Tripperpilzen unterscheiden liessen, auch ausserhalb der specifischen Blenorrhöe eben nicht gar so selten vorhanden. Damit würde aber dann die praktische Verwerthung des Gonococcenbefundes zu differential-diagnostischen Zwecken für uns Aerzte gleich Null sein. Denn die äusserst zeitraubenden und mühsamen Controllversuche mittelst des Culturverfahrens anzustellen, das kann dem Praktiker nicht zugemuthet werden, und einen frischen Tripper, so wie er im Buche steht, zu diagnosticiren, dazu braucht man, wenigstens beim Manne, doch kein Mikroskop.

Es war mir ausserdem noch gelungen, bei fünf jungen Männern mit normalen Sexualorganen, von welchen keiner sich als je tripper-schuldig bekannte und drei überhaupt nie den Coitus ausgeübt haben wollten, es war mir auch in diesen Fällen gelungen, vereinzelte Diplococcen im Schabeschleim der Harnröhre zu entdecken, die in morphologischer Beziehung ganz den Tripperbacterien gleich kamen.

Negativ fiel ein Versuch aus bei einem mit gonorrhoischer Kniegelenksentzündung behafteten Individuum. In der mittelst Pravaz'scher Spritze entfernten Gelenkflüssigkeit liessen sich keine Diplococcen nachweisen.

Natürlich waren die in verschiedenen Sekreten auftauchenden Diplococcen keine specifisch-pathogenen Tripperbacterien. Aber sie waren den letzteren doch so formähnlich, dass von einer exakten Differentialdiagnose keine Rede sein konnte.

Die Neisser'schen Angaben, denen zufolge die Gonococcen schon durch morphologische Eigenthümlichkeiten genügend charakterisirt sind, konnten also nicht bestätigt werden. Vielmehr musste ich Bumm beistimmen, welcher ausdrücklich sagt, dass die Diplococcengestalt für den Gonococcus nicht charakteristisch ist.

Bumm, dem wir ja die eingehendsten Studien über dieses Thema verdanken, giebt ferner zu, dass wir ebensowenig in der Grösse wie in der Form ein brauchbares Kennzeichen besitzen, um die Gonococcen von ähnlichen Gebilden zu unterscheiden. Dies kann ich nur bestätigen. Die Tripperbakterien schwanken in der That innerhalb ziemlich weiter Grenzen in Beziehung auf ihre räumliche Ausdehnung. Wenn Bumm aber weiterhin behauptet, dass die Reaktion auf Farbstoffe bei den meisten Diplococcenarten die nämliche ist wie beim echten Gonococcus, so muss ich dagegen Einwand erheben. Auf diesen wichtigen Punkt komme ich später noch zurück.

Obwohl nun Bumm nicht ganz auf Neisser's Standpunkt steht, so findet er die Tripperpilze doch vollkommen genügend charakterisirt durch ihr Vermögen, „in das lebende Zellprotoplasma einzudringen, sich daselbst zu vermehren und jene rundlichen Anhäufungen um die Kerne zu bilden, wie sie sich bei anderen Diplococcen in dieser Weise niemals vorfinden."

Diesem Hauptsatz der Bumm'schen Lehre kann ich nur bedingte Anerkennung geben. In der grossen Mehrzahl der von mir untersuchten Fälle war das intracelluläre Verhalten der Tripperbakterien allerdings genügend charakteristisch, um eine Diagnose statthaft erscheinen zu lassen. Es kamen aber doch vereinzelte Fälle vor, in denen eine derartige Gruppirung der Coccen fehlte und doch unzweifelhafte Tripperinfektion bestand. Allerdings handelte es sich regelmässig um Patienten, bei denen die Blenorrhöe schon im Versiegen begriffen war. Aber das

sind ja auch gerade jene heiklen Fälle, wobei die Entscheidung, ob das Sekret noch ansteckend wirkt oder nicht, von grösster praktischer Bedeutung ist. So namentlich bei der Frau, wo die Deutung eines Genitalflusses ja überhaupt viel schwieriger ist als beim Manne.

Obgleich ich im Verlaufe meiner Untersuchungen nicht uninteressante Beobachtungen über das Verhalten der Gonococcen in den verschiedenen Stadien der Blenorrhöe machen konnte, so blieb ich doch schwankend, ob das Mikroskop im Stande sei, absolut sichere Merkmale zu liefern für die differentialdiagnostische Verwerthung der fraglichen Mikroben. Denn, m. H., „grösste Wahrscheinlichkeitsdiagnosen" zu machen, das genügt den Anforderungen der modernen Wissenschaft nicht mehr. Es ist ja gerade das hohe Verdienst bakteriologischer Forschung, eine sichere Basis gewonnen zu haben für unsere Anschauungen über das Wesen gewisser Krankheiten, und uns neue Pfade eröffnet zu haben, bei deren Betretung wir hoffen dürfen, wissenschaftlich exakte Diagnosen machen zu können.

Beim Tripper war ich, wie erwähnt, schwankend, ob die Bakterioskopie in jedem Falle sicheren Aufschluss zu gewähren im Stande sei.

Erst durch einen französischen Autor wurden meine Zweifel beseitigt, indem ich durch ihn auf ein neues, ganz sicheres Merkmal zur Erkenntniss der Gonococcen aufmerksam gemacht wurde. Der betreffende Autor ist Herr Gabriel Roux (Lyon).

In der Sitzung der *Académie des Sciences* vom 8. November 1886 hat derselbe eine Methode beschrieben, welche, meinen bisherigen Erfahrungen nach, in der That gestattet, eine exakte Differentialdiagnose zu machen. Diese Methode beruht auf der Eigenthümlichkeit der Tripperbakterien, die Anilinfarbstoffe nur in sehr schwachem Maasse festzuhalten. Bei Anwendung entfärbender Reagentien geben sie nämlich den Farbstoff viel früher ab als umliegende Gewebstheile, so namentlich die Zellkerne der meistens in Betracht kommenden Eiterkörperchen.

Bumm hat merkwürdiger Weise selbst darauf aufmerksam gemacht[1]), dass die Gram'sche Methode der isolirten Färbung der Schizomyceten beim Gonococcus im Stiche lässt, weil sich die Tripperpilze in kürzester Zeit vollständig entfärben und somit unsichtbar werden. Gerade diesem Umstande aber verdankt die Roux'sche Methode ihre Bedeutung. Die praktische Verwerthung der erwähnten Eigenthümlichkeit ist Bumm also offenbar entgangen.

Was nun die Ausführung der Färbemethode betrifft, so will ich ohne Umschweife das Verfahren schildern, welches Herr Dr. Allen und ich am zweckmässigsten gefunden haben. Es entspricht im Wesentlichen ganz der Roux'schen Methode. Auf einem Objektträger wird eine möglichst dünne Schicht des suspekten Fluidums aufgetragen und ohne Anwendung von Hitze auftrocknen gelassen. Zur Tinction genügt ein Tropfen einer gesättigten Lösung von Gentianviolett in Anilinwasser. In etwa zwanzig Sekunden ist das ganze Präparat genügend gefärbt und der überschüssige Farbstoff wird mit Wasser abgespült.

Auf das noch nasse Präparat kommt ein Deckgläschen und die erste Untersuchung kann vorgenommen werden. Beiläufig will ich bemerken, dass ohne Oel-Immersionssystem und Abbé'sche Beleuchtung derartige Untersuchungen nicht gemacht werden können und höchstens zu Irrthümern Veranlassung geben. Finden sich intracelluläre Häufchen

[1]) l. c. p. 30.

von Diplococcen, so ist nach Bumm die Diagnose auf Tripper schon gerechtfertigt — meines Erachtens nach aber erst wahrscheinlich. Nun folgt die Verificirung oder Zurückweisung des Verdachtes, i. e. die Doppelfärbung nach Roux. Dasselbe Präparat wird benützt. Man entfernt das Deckgläschen, träufelt auf den Objektträger etwas Gram'sche Jodkaliumlösung (*Jod.* 1,0; *Kal. jodat.* 2,0; *Aq. destillat.* 300,0), wäscht nach drei oder vier Minuten wieder in Wasser und entfärbt dann mit absolutem Alcohol. Nach nochmaligem Waschen wird das noch wasserfeuchte Präparat abermals mit dem Deckgläschen versehen und wieder durchmustert. Sämmtliche Gonococcen sind unsichtbar geworden, während etwa vorhandene andere Bakterien tief dunkelviolett gefärbt erscheinen. Die anatomischen Elemente erscheinen auch farblos oder doch nur sehr schwach violett gefärbt.

Bei der akuten Gonorrhöe des Mannes kommen ausser den Gonococcen fast nie andere Mikroben vor. Roux benutzt, um die anatomischen Elemente (Eiterkörperchen, Urethralepithelien) wieder deutlich sichtbar zu machen, eine Gegenfärbung mit Eosin. Für das geübte Auge ist dieses Verfahren überflüssig, doch lässt sich nicht bestreiten, dass der Focus sich schneller einstellen lässt, und dass bei Gegenwart von anderen Schizomyceten eine hübsche Doppelfärbung erzielt wird. Die Mikroorganismen erscheinen dunkel-violett bei hellrosafarbenem Colorit der anatomischen Elemente.

Ueber die Tragweite dieser Entdeckung weitere Erörterungen zu pflegen, ist hier nicht der Platz. Es muss jedem Praktiker sofort einleuchten, dass eine wirklich exakte Methode, eine Methode ferner, die leicht ausführbar und nicht zeitraubend ist, dass eine solche von nicht geringem Werth sein wird. Es ist zu hoffen, dass wir an ihrer Hand noch manches lernen werden, namentlich über den Tripper beim Weibe. Zum Schluss sei nur gestattet, noch Folgendes zu bemerken: Das Auffinden von Gonococcen in einem beliebigen Sekret beweist allerdings, dass es ansteckungsfähig ist, aber durchaus nicht, dass es im gegebenen Falle anstecken muss. Ein wiederholter negativer Befund beweist aber, dass eine Infektionsfähigkeit nicht vorhanden ist.

712 Madison Ave.

Bericht eines Falles von Trigeminus-Neuralgie.

Vortrag von Dr. John Miller;

Gehalten in der *Deutschen Medizinischen Gesellschaft zu Philadelphia* am 11. April 1887.

Frau H., 55 Jahre alt, stammt aus einer neuropathischen Familie. Die Mutter der Patientin litt ebenfalls an Neuralgie, der Vater war Potator. Die Sexualorgane boten niemals etwas Abnormes dar; die Menses erschienen im 16. und hörten im 47. Lebensjahre auf. Pat. hat einmal geboren; das Kind lebt und ist gesund.

Im Jahre 1864 trat der erste Schmerzparoxysmus auf und zwar im Gebiete des rechten unteren Augenlides, der betr. Nasenseite, der Wange und der Oberlippe. Feuchte Witterung, ein kalter Luftzug oder starke körperliche Anstrengungen etc. riefen einen heftigen Anfall mit Liderkrampf und starkem Thränenflusse hervor. Im Jahre 1880 verbreitete sich das Leiden auf die Stirne, die Nasenwurzel und auf das obere Augenlid, und im Jahre 1885 wurden die obere Zahnreihe, das Jochbein, die vordere Schläfengegend, die untere Zahnreihe und endlich die Zungen- und die Mundschleimhaut nach einander ergriffen, so dass der

Zustand der Patientin ein elender wurde. Die geringste Bewegung der Gefühlsmuskeln, das Sprechen, Kauen und Schlingen, sowie Temperaturveränderungen riefen einen Anfall hervor; dabei bestand starke Vermehrung der Speichelsekretion; starker Thränenfluss und auf der Höhe des Paroxysmus konnte man ein deutliches Pulsiren der *Arteria infraorbitalis* bemerken.

Um zu eruiren, ob es sich überhaupt in diesem Fall um eine Neuralgie im Gebiete des Trigeniums handelte, ist es nothwendig:

1. Denselben zunächst von einem rein anatomischen Standpunkte aus zu betrachten, da die Beschränkung des Schmerzes auf den Verzweigungsbezirk eines bestimmten Nerven ein wichtiges diagnostisches Kriterium darstellt.

2. Vom klinischen Standpunkte aus; der in Paroxysmen auftretende Schmerz und das Sich-Steigern des letzteren auf Druck nur an einzelnen Punkten, und

3. Ist die Thatsache, dass dieser Druck zu dieser Schmerzhaftigkeit zu keinem quantitativen Verhältniss steht, für die Diagnose von Wichtigkeit.

4. Endlich stellt das Vorhandensein einer Reihe von Begleiterscheinungen, wie krampfhafte Kontrakturen einzelner Gesichtsmuskeln, Röthung der Conjunctiva, gesteigerte Thränen-Sekretion, vermehrte Speichelabsonderung u. dergl. m. ein ungemein charakteristisches Bild dar, in dessen Rahmen keine andere schmerzhafte Erkrankung dieser Gegend passt.

Zur Beantwortung der Frage nun, welcher Ast des Trigeniums der primär ergriffene war, ist die Anamnese von grösster Wichtigkeit; Pat., wie schon früher bemerkt, gab an, dass der Schmerz sich anfangs auf das untere Augenlid, die rechte Nasenseite, rechte Wange und rechte Hälfte der Oberlippe, also genau auf das Gebiet des *N. supramaxillaris* beschränkte, und dass erst später sich Schmerzen in anderen Bezirken einstellten. Letzterer Nerv schmerzte bei jedem Anfall während die anderen Nervenbahnen sich entweder gar nicht oder manchmal erst auf der Höhe des Paroxysmus betheiligten und häufig zu schmerzen aufhörten vor der Beendigung des Anfalles im Gebiete des genannten Nerven. All' dieses wird zur Diagnose: Neuralgie des zweiten Astes des *Trigeminus* mit sekundärer Betheiligung durch Irradiation in benachbarte Nervenbahnen berechtigen. Das Fehlen irgend welcher Gehirn- oder sonstigen zentralen Erscheinungen machte es wahrscheinlich, dass die Erkrankung peripher begründet sei. Anamnestisch war ferner von einem Trauma, von der Gegenwart eines Fremdkörpers, einer stattgehabten Entzündung in der Gegend des Nerven oder einer Intoxication nichts zu eruiren; ebensowenig konnte die Gegenwart einer Exostose, eines sonstigen Tumors oder eine Erkrankung entfernter Organe konstatirt werden. Auch zeigten die Anfälle nicht den intermittirenden Typus. Die schon frühzeitig (1864) erfolgte Entfernung sämmtlicher, sowohl der gesunden wie der cariösen Zähne der betreffenden Seite war ohne Erfolg. Die nähere Ursache des Leidens konnte deshalb nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Therapeutisch wurden, nach Angabe der Pat., während dieser zwei Jahrzehnte so vielerlei Arzneien erfolglos versucht, dass sie sich weigert, einen weiteren Versuch in dieser Richtung zu gestatten, und es blieb daher als letzte Zuflucht nur die Neurectomie des *N. supramaxillaris* übrig, welche Operation denn auch am 16. Februar unter antiseptischen Kautelen ausgeführt wurde.

Bevor wir jedoch auf die nähere Beschreibung der letzteren eingehen,

dürfte es hier am Platze sein, einen Rückblick auf die hier einschlagenden anatomischen Verhältnisse zu werfen. Der *N. supramaxillaris* tritt durch das *Foramen rotundum* des Keilbeins in die Augenhöhle ein und giebt hier folgende Aeste ab: den Joch-Wangen-Nerv, den oberen hinteren Zahnnerv, die Keilgaumen-Nerven, und als unmittelbare Fortsetzung des Stamm-Astes den *N. infraorbitalis*. Letzterer geht durch den *Canalis infraorbitalis* zum Gesicht und zerfällt hier in den *Pes anserinus minor*, dessen Zweige die Haut des unteren Augenlides, der Wange, der Nase und der Oberlippe versorgen und vielfach mit dem *N. facialis* anastomosiren. Bei der Operation wurde der *N. infraorbitalis*, resp. der *Ramus maxillaris superior*, nach der Wagner'schen Methode bis zum *Foramen ovale* blosgelegt. Der Hauptschnitt wurde circa 1 cm. unter der *Margo infraorbitalis* bogenförmig ausgeführt. Der *Pes anserinus minor* wurde durch Ziehen aus dem oberen Hautlappen und aus der Wange herauspräparirt und das Periost vom Rande und Boden der Augenhöhle gelöst, und mit dem Inhalt der letzteren durch ein löffelförmiges Instrument nach oben gehoben. Dieses Instrument dient drei Zwecken: als Schutz für das Auge, als Spiegel und als Retraktor. Das Dach des *Canalis infraorbitalis* wurde hierauf aufgemeisselt, und nach Stillung der Blutung wurde der Nerv, um das *Ganglion Gasseri* zu lähmen, stark gespannt und mit einem zu diesem Zwecke bestimmten Messer dicht am *Foramen rotundum* durchgeschnitten und entfernt. Nach Schluss der Wunde und der Anlegung eines antiseptischen Verbandes heilte dieselbe *per primam* ohne Drainage. Das unmittelbare Resultat der Operation war eine Beseitigung des Schmerzes, nicht nur im Gebiete des *N. supra maxillaris*, sondern im Verbreitungsbezirk des *Trigeminus* überhaupt. Dabei bestand aber eine Lähmung der betreffenden Gesichtshälfte, die jedoch nach 14 Tagen allmälig verschwand. Ausser einem während der Vernarbung auftretenden Schmerzparoxysmus im Gebiete des *N. inframaxillaris*, welcher aber nach drei Wochen allmälig verschwand, ging die Heilung ohne Zwischenfall von statten, und ist bis heute (6 Monate nach der Operation) kein Rezidiv eingetreten. Wir wagen es daher, die Patientin als geheilt zu erklären.

832 Nord 19. Strasse.

Zur Therapie der chronischen Lungenschwindsucht.

Von Dr. Geo. W. Rachel.

Kein Thema ist für den praktischen Arzt wichtiger und bedeutender, keines aber auch im Allgemeinen so unbefriedigend und entmuthigend als wie dasjenige der Phthise. Ueber Aetiologie oder Behandlung der Lungenschwindsucht etwas zu lesen, dazu treibt den Praktiker meist nur sein Pflichtgefühl; denn Hoffnungslosigkeit und ein sich daraus ergebendes symptomatisches Temporisiren sind das unvermeidliche Erfahrungsresultat des praktischen Arztes gegenüber der Lungenseuche.

Anders ist dies natürlich, wenn es sich um die Arbeit eines Mannes handelt, welcher dem Studium und der Bekämpfung dieses unter gewöhnlichen Bedingungen unheilbaren Leidens sein ganzes Leben, seine ganze Arbeitskraft gewidmet hat und der unbeirrt durch die Einwürfe selbst der hervorragendsten Mediziner ein volles Menschenalter hindurch an dem Aufbau seiner Heilmethode gearbeitet hat. Ein solcher Mann ist Dr. Hermann Brehmer, in dessen soeben erschienenen Buche: „Die Therapie der chronischen Lungenschwind-

sucht" *) die Begründung seiner therapeutischen Maassregeln und deren ausführliche Darlegung nebst Schilderung der bei consequenter Durchführung derselben gewonnenen Resultate niedergelegt ist.

Im Folgenden wollen wir versuchen, unseren Lesern das wesentlichste aus dem interessanten Werke vorzulegen.

In der Einleitung beantwortet B. die Frage: „Warum macht die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht keine Fortschritte?" dahin, dass von den drei Haupt-Postulaten, welche er für die Ausführung seiner Methode als unerlässlich hält, meist nur zweien, oft auch nur einem einzigen Genüge geleistet wird.

Diese sind:

1. Eine geschlossene Anstalt, in welche nur Phthisiker aufgenommen werden;
2. Lage derselben in einer gegen die Schwindsucht immunen Lokalität;
3. Höhen-Lage derselben in waldiger Umgebung.

Ferner ist nach Ansicht des Verf. die Spirometrie als Controlle der Lungenkapazität unerlässlich. Endlich glaubt B., dass die ungenügende klinische Vorbereitung der praktischen Aerzte in Bezug auf die Schwindsucht ebenfalls ein ins Gewicht fallender Umstand ist:

„Der Arzt geht in die Praxis, ohne auch nur einen einzigen Fall „von Lungenschwindsucht von Anfang bis zu Ende beobachtet, ge„schweige denn behandelt zu haben."

Da nun auch die Hoffnung, dass durch die Entdeckung der Tuberkelbacillen eine Möglichkeit gegeben wäre, die *Indicatio causalis* zu stellen und zu erfüllen, sich als trügerisch erwiesen, so giebt es eigentlich bis jetzt noch keine einheitliche Lehre über die Ursache der Lungenschwindsucht.

Die nun folgende erste Abtheilung behandelt die Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Phthisis vom Standpunkte der Infektionslehre.

Brehmer zitirt gegenüber der Koch'schen Lehre, dass der Tuberkelbacillus die einzige ausreichende Ursache der Tuberkulose sei, den Ausspruch Virchow's, dass die Einheit des Bacillus die Einheit der Phthise durchaus nicht implizire.

„Die Lungenphthise ist geblieben was sie war, ein vieldeutiger „Prozess, und wer ihn verstehen will, der muss etwas mehr „lernen, als Bacillen färben. Ja, der Bacillus hat das Ver„ständniss so wenig gefördert, dass man nach kürzester Zeitfrist „wieder bei der Untersuchung der Prädisposition und der „Immunität angelangt ist," fügt Virchow hinzu.

Die Prädisposition hält nun B. für das Wesentlichste in Bezug auf Aetiologie der Phthise, und wohl mit Recht.

Der Ausspruch Virchow's wird vorerst noch angeführt, in welchem nachgewiesen wird, dass die Tuberkulose keine Infektion, sondern nur ein Kontagium ist — Begriffe, welche in der Mikrobenlehre nicht genügend auseinander gehalten werden. Nur wenn durch die Ansteckung eine allgemeine Blutdyskrasie geschaffen wird, kann man von Infektion sprechen; solange aber die betr. Schädlichkeit nur in denjenigen Theilen pathologische Prozesse erzeugt, in denen sie sich festsetzt, kann nur von einem Kontagium die Rede sein.

Ein in seiner Wichtigkeit nicht zu unterschätzender Punkt ist ferner

*) Im Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden.

der, dass die Tuberkelbacillen in der Luft — selbst in Isolirsälen Schwindsüchtiger — nicht nachweisbar sind, wie dies durch Cilli und Guarneri, Bollinger u. A. festgestellt ist. Trotzdem muss von Seiten der Infektionisten die Einathmung von Tuberkelbacillen (als Hauptursache der Phthisis) verhütet werden, wenn auch die Anhänger dieser Lehre auf hygienische Vorschriften ein grosses Gewicht legen. B. geht nun die verschiedenen, von jener Seite gemachten Vorschläge zur P r o p h y l a x i s durch und gelangt zu dem Schlusse,

„dass nirgends auch nur wahrscheinlich gemacht ist, dass durch die „empfohlenen Anordnungen die Inhalation des Tuberkelbacillus un„wahrscheinlich oder der Mensch dadurch dem Bacillus gegenüber „widerstandsfähiger geworden. Alle Anordnungen beschränken sich „eigentlich auf Empfehlung allgemein hygienischer Verhältnisse, „durch die nach unserem jetzigen Wissen das Leben sich normaler „entwickelt. Nur eine Anordnung macht davon eine Ausnahme: die „Forderung der Isolirung des wirklich bereits Erkrankten."

Diese Forderung bildet auch ein Hauptpostulat der Infektionisten in Bezug auf die Therapie, nur dass merkwürdigerweise daraus ein Argument abstrahirt wird gegen geschlossene Anstalten, während dagegen für offene Kurorte von Seiten verschiedener Autoren dieser Richtung (Eichhorst, Sée u. A.) eingetreten wird.

Dem entgegen weist B. an der Hand einer hundertjährigen Statistik für Görbersdorf nach, dass seit Gründung der Anstalt, d. h. seit 1854, die Mortalität an Schwindsucht daselbst gefallen ist, trotzdem während dieser Zeit mehr als zehntausend Schwindsüchtige dort zur Behandlung kamen.

Aber schon deshalb sollten auch Infektionisten für geschlossene Anstalten plaidiren, weil die stete Kontrolle der strengsten Desinfektion in offenen Kurorten fehlt, ebenso wie jede andere Kontrolle, und ferner müssten sie auch für die Errichtung solcher Heilanstalten nur für Lungenkranke allein eintreten, weil dann die Möglichkeit der Ansteckung der nicht an Phthise Erkrankten vermieden wird.

Gegen die Luftverschlechterung in Anstalten giebt es nach B. ein souveraines Mittel: die Ventilation. Das von ihm in Görbersdorf angewendete System — welches zugleich mit Kühlapparaten verbunden ist — erneuert die Luft auch der grössten Säle fünfmal in der Stunde.

Die T h e r a p i e, welche sich aus der Infektionslehre ergiebt, wird durch die *Indicatio causalis:* die Vernichtung des Tuberkelbacillus, bestimmt. Kreosot, Jodoform und Arsenik sind nach B. die hauptsächlich noch benutzten Medikamente (zu denen neuerdings noch Carbol und Sublimat zu zählen wären). Dieselben werden theils innerlich, theils in der Form von Inhalationen oder auch intrapulmonären Injektionen angewendet. Doch sind die oft vollständig widersprechenden Berichte nicht dazu angethan, der Anwendung dieser Mittel grosses Vertrauen entgegenzubringen, wenn auch dann und wann ein guter Einfluss ganz unleugbar vorhanden ist.

Auch die Klimato-Therapie wird von den Anhängern der Infektionslehre als ein wesentliches therapeutisches Hilfsmittel betrachtet; doch weicht B. in Bezug auf die von ihnen (Eichhorst, Weber, Rossbach, Nothnagel, Struempell, Sée etc.) geforderten Bedingungen in vielen wesentlichen Punkten ab. Namentlich weist B. den zuletztgenannten französischen Kliniker in den schärfsten Worten zurecht.

Im Anschlusse hieran folgt einer der interessantesten Abschnitte, die Kritik der „reinen Luft". Der Zwiespalt, in welchem sich die Infek-

tionisten befinden, da einerseits Tuberkelbacillen in der Luft nirgends nachgewiesen worden sind*) und andererseits die Ubiquität derselben als Axiom angenommen wird, ist ausführlich und höchst drastisch geschildert. B. schliesst mit dem Postulat, dass man nur auf rein empirischem Wege zu einem günstigen Resultate gelangen kann, dass

„die Lungenkranken ausschliesslich an die Orte geschickt werden „müssen, deren Luft die (von jenen angenommene) Infektionsfähig- „keit zu fehlen scheint, weil deren Bewohner frei von Lungenschwind- „sucht sind."

Davon aber, dass man die Lungenkranken nur an solche immune Orte schicken darf, hat keiner der (von B.) zitirten klinischen Lehrer gesprochen.

In der zweiten Abtheilung bespricht B. die Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der chronischen Lungenschwindsucht vom Standpunkte der klinischen Erfahrung.

Der von Rokitansky zuerst geschilderte phthisische Habitus: Ein zu voluminöses Lungenorgan neben einem zu kleinen Herzen, wird bei der Aetiologie eingehend besprochen, und dann werden die in dem vor zwei Jahren erschienenen Werke des Verf.*) veröffentlichten Resultate seiner ätiologischen Beobachtungen an 12,000 Kranken rekapitulirt.

Nach B. entsteht die Lungenschwindsucht, wenn sie nicht direkt vererbt wird, in Folge von Anpassung und zwar in der Weise, dass

„die letzten Sprösslinge einer zahlreichen Familie, deren Erzeuger an „sich durchaus gesund und kräftig sind, wahrscheinlich phthisisch „erkranken werden, während die vorhergeborenen Kinder gesund „bleiben. Es scheint, dass diese Wahrscheinlichkeit erst mit dem „sechsten Kinde beginnt. Es ist aber durchaus nicht nothwendig, „dass just schon das sechste erkrankt; es können auch erst die fol- „genden erkranken. Befördert wird die Erkrankung, wenn die Nach- „kommen nur ein Jahr auseinander sind."

Dies nennt B. direkte Anpassung; dazu kommt noch die indirekte Anpassung, d. h. die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder — selbst die älteren und selbst wenn die Kinderzahl gering ist — von solchen Eltern erkranken, deren eines zu den letzten Sprösslingen einer zahlreichen Familie gehört, jedoch aus irgend einem Grunde nicht selbst erkrankt ist. (Also eine Art Atavismus. R.)

Die Grundlage dieser Vererbung ist zu finden in morphologischen Veränderungen, über welche theils das klinische Material und theils das Thierexperiment in der Thierzucht Aufschluss giebt.

Zwei Punkte sind hier zu berücksichtigen: Herzpalpitationen während der Geschlechtsentwickelung und geringe Esslust. Der erste Punkt weist auf das bereits geschilderte Missverhältniss zwischen der Leistungsfähigkeit des Herzens und den Ansprüchen, welche der Körper an dasselbe stellt, hin.

Der zweite Punkt, dass die Phthisiker von Jugend auf, also auch namentlich während der Wachsthumsperiode nie starke Esser sind, wird von B. ausführlich behandelt. An der Hand der Erfahrungen der Thierzüchter, welche Baudement, Nathusius u. A. veröffentlicht haben, kommt B. zu dem Schlusse, dass eine in der Jugend reichliche Ernährung eines

*) Nach Flügge ist anzunehmen, dass dies an der unzulänglichen Methode liegt.

*) Brehmer. Die Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht vom Standpunkte der klin. Erfahrung. – Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1885.

Thieres einen grossen Brustumfang mit relativ kleiner Lunge, aber relativ grossem Herzen erzeugt, eine mangelhafte Ernährung das Entgegengesetzte.

Die herabgesetzte Ernährung einer relativ grossen Lunge durch die unzureichende Arbeit eines relativ kleinen Herzens bildet also nach B. „die Disposition zur Phthise, wenn sie nicht sogar „die Ursache derselben ist."

Aus der vererbten physiologischen Eigenthümlichkeit des geringen Nahrungsbedürfnisses ergiebt sich aber durch Anpassung wiederum die geringere Funktionirung des chylopoëtischen Systems, d. h. ein kleiner Bauchraum mit kleinen Baucheingeweiden, wie er nach Rokitansky dem phthisischen Habitus ebenfalls eigen ist.

Nach einer sehr interessanten und ausführlichen Betrachtung der traumatischen Phthise giebt B. eine kurze Rekapitulation der von Wigand aufgestellten Ansicht, dass die Bakterien in der organischen Substanz selbst unabhängig von präexistirenden Keimen spontan entstehen. Dieses Kapitel ist entschieden eines der schwächsten, und wird man sich wohl schwer dazu entschliessen, der von B. auf Grund dieser Wigand'schen Mazerationslehre aufgestellten Vereinigung des ätiologisch-parasitären mit dem vom Verf. entwickelten ätiologisch-klinischen Standpunkte beizustimmen.

Die Thatsache, dass pathologische Prozesse (mit oder ohne Mikroben) auf einer in ihrer Vitalität irgendwie herabgesetzten Schleimhaut durch Einwirkung irgendwelcher Schädlichkeit hervorgerufen werden, der eine gesunde Schleimhaut widersteht, ist durch zahlreiche Beobachtungen festgestellt; namentlich gilt dies z. B. für die Diphtherie. Viel plausibler ist die Annahme, dass die in der Athmungsluft vorhandenen Dauersporen der Tuberkelbacillen deshalb nicht nachweisbar sind, weil sie sich nur auf, resp. in lebendem Gewebe fortbilden.

Wichtiger für den Praktiker ist jedoch die bedeutsame Rolle, welche B. dem Tuberkelbacillus in Bezug auf das Bestehen der Phthise beilegt. Nur wenn ein sonst scheinbar vollständig von der Phthise Geheilter durch Monate hindurch ein bacillenfreies Sputum gehabt hat, erklärt er ihn für gesund.

B. bespricht dann noch die Aetiologie der Phthise, soweit sie durch erschöpfende Krankheiten, Excesse *in venere*, Schmierkur, Marienbader und besonders Karlsbader Kur gegen „chronischen Magenkatarrh bei Individuen, die nach unserer (B.'s) Aetiologie zur Phthise disponirt sind", ferner durch Menorrhagien, viele schnell aufeinander folgende Entbindungen, eventuell mit folgenden Lactationen, Diabetes und Alkoholmissbrauch hervorgerufn wird.

Dem letzteren räumt B. mit Recht einen grossen Einfluss ein.

Die Besprechung der Prophylaxis beginnt mit der aus seinen klinischen Erfahrungen gewonnenen Einsicht, dass die Eltern „maass-„halten sollen mit Erzeugung der Kinder, so dass in den Familien ein „zu zahlreicher Kindersegen vermieden wird, und ebenso vermieden „wird, dass in je zwei Jahren oder wenig mehr zwei Kinder geboren „werden."

Dies gilt natürlich noch viel mehr für Eltern, die selbst bereits belastet sind. Trotz der Opposition, die er zu finden erwartet, „denn es „wird vielfach systematische Befriedigung der Sinneslust mit Liebe iden-„tifizirt," betont er diesen Punkt als den wichtigsten.

Reichliches Essen, namentlich zur Zeit des Wachsthums, also im Kindesalter und während der Pubertät, muss auf Grund der klinischen

Erfahrung B.'s, dass Phthisiker nie starke Esser sind, ebenso anempfohlen werden, wie mit Rücksicht auf die Thierexperimente, da durch sie ein normales Verhältniss zwischen Herz und Lungen selbst entgegen der hereditären Disposition angebahnt werden kann.

Sowie ein Individuum, namentlich während der Pubertät (Beneke), doch eventuell auch später, über häufiges Herzklopfen und Athemnoth klagt, also an Insuffienz des Zirkulationsapparates leidet, muss das Wachsthum des Herzens gefördert, resp. dessen Triebkraft vermehrt werden. Also: Turnen, Rudern und hauptsächlich Bergsteigen, aber keinen bis zur Ermüdung getriebenen *Sport!* Im Gebirge wird zugleich der Appetit gesteigert, und ist der Aufenthalt daselbst das Empfehlenswertheste.

Es folgt nun der wichtigste Abschnitt, derjenige über die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht vom Standpunkte klinischer Erfahrung. In demselben ist die Heilmethode Brehmer's wohl zum ersten Male ausführlich und zusammenhängend niedergelegt und begründet.

Geschlossene grosse Anstalt; Lage derselben in einer als immun nachgewiesenen Gegend, zwar im Gebirge, aber in einem Thale, mit eigenen, abgeschlossenen Anlagen, d. h. Spazierwegen meist im Tannenwald*), die alle von der Anstalt bergauf führen, aber an denen alle 20 Schritt eine Ruhebank steht, damit es nie zur Ermüdung der Patienten kommt; die Nähe einer Stadt ist ebensowenig erwünscht, als wie diejenige einer Chaussée oder einer Eisenbahn; häufige Mahlzeiten, fettreiche Speisen in den verschiedensten Abwechselungen; als Getränk Milch und Wasser, wenig Wein; Wein und Milchpunsch nur als Heilmittel, fast nie als Genussmittel, niemals Bier. Das ist in grossen Zügen die allgemeine Therapie Brehmer's.

Die Vorschrift, dass die Patienten unablässig die in mässiger Steigung von der Anstalt ausgehenden Spazierwege beschreiten müssen, hält B. für äusserst wichtig. Der Zweck derselben ist selbstverständlich der, das Herz durch fortwährende mässige Arbeit zu kräftigen und so die Zirkulationsverhältnisse im Allgemeinen, speziell aber in den Lungen zu bessern. Es ist interessant, diese Forderung mit der Wirkung zu vergleichen, welche die Athmung im pneumatischen Kabinet auf das Herz und die Zirkulation des Blutes nach Dr. Tiegel †) hat; auch Tiegel legt der Erhöhung des mittleren arteriellen Blutdruckes mit der Rückwirkung derselben auf die Stärke und Gleichmässigkeit des Herzschlages die grösste Bedeutung bei.

Man wird deshalb nicht zu viel sagen, wenn man schon aus dem Grunde für die Zukunft dem pneumatischen Kabinet für die Therapie der Phthise eine hervorragende Rolle einräumt.

Die in dem Abschnitte über die symptomatische Therapie enthaltenen zahlreichen praktischen Winke und Rathschläge hier ausführlich durchzunehmen, würde zu weit führen. Nur das sei erwähnt, dass speziell der Behandlung des Fiebers in Görbersdorf die grösste Aufmerksamkeit zu Theil wird. Die Patienten nehmen, wenn irgend thunlich selbst, zweistündlich ihre Temperatur im Mastdarm, und es wird dadurch möglich, die Fieberkurve in jedem einzelnen Falle, namentlich auf ihr Maximum, genau zu kontrolliren. Dasselbe tritt durchaus nicht immer Abends auf, sondern zu den verschiedensten Tageszeiten;

*) Görbersdorf hat circa sieben Kilometer dieser Fusswege.

†) S. dessen Arbeit: Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der pneumatischen Differentiation in No. 3 dieses (III.) Bandes der N. Y. Med. Presse.

oft finden sich zwei auf- und absteigende Kurven an demselben Tage, wie aus einigen der vielen beigegebenen Tafeln ersichtlich ist.

Die Kaltwasserbehandlung, welche von vielen Seiten als die Hauptstütze des B.'schen Heilverfahrens galt, spielt nach seinen Angaben nur die Rolle eines untergeordneten Adjuvans, welches sehr vorsichtig angewendet werden muss.

Das Buch Brehmer's ist sehr fesselnd und klar geschrieben; seine Polemik ist manchmal ziemlich scharf, doch verdankt sie ihre Stärke mehr einer gesunden Logik als einer gewandten Dialektik. Man darf wohl sagen, dass es eine epochemachende Publikation ist.

Klinische Diagnostik innerer Krankheiten.

Von Dr. Arnold Pollatschek, pr. Arzt in Carlsbad.

Diejenigen Aerzte aus Amerika, welche in den letzten Jahren die Wiener Universität besuchten, haben alle mit besonderer Vorliebe die Vorlesungen angehört, welche Docent (und seit Kurzem Professor) R. von Jaksch an der Nothnagel'schen Klinik über die Diagnostik der innern Krankheiten abhielt. Ausser dem reichen Materiale, welches ihnen bei dieser Gelegenheit zur selbstständigen gründlichen Krankenuntersuchung zugewiesen wurde, zog alle Zuhörer namentlich die Methode an, dass Jaksch den gesammten Fortschritt der Chemie, Mikroskopie und Physik bei dieser Gelegenheit den Zuhörern vorführt und am Krankenbett praktisch verwerthet. Den zahllosen Aerzten aber, welchen diese genussreichen Vorlesungen zu hören nicht gegönnt war, wird als Ersatz hiefür sein neuestes Werk*) willkommen sein, welches, in diesem Sinne gehalten, jüngst erst erschienen ist.

Dasselbe ist gewidmet „dem hochverehrten Lehrer und Freunde, Prof. Nothnagel," dessen wissenschaftliche Grösse dem Jünger als Vorbild diente, und an dessen Klinik, dieser reichen Pflanzstätte wissenschaftlicher Strebungen, der anerkannte Liebling sich und die Wissenschaft auszubilden volle Gelegenheit fand.

In der That entspricht das Werk den bedeutenden Erwartungen, welche Jeder, der mit diesen Verhältnissen genau vertraut ist, an dasselbe stellt, und scheint es, als ob die Ernennung des noch jungen Mannes zum ausserordentlichen Professor, welche vor wenigen Tagen erfolgte, schon eine Anerkennung des Erfolges sei, den dasselbe in maassgebenden Kreisen errungen hat.

Das Buch enthält zehn Abschnitte, in welchen die Untersuchung des Blutes, des Mundhöhlen- und des Nasensekretes, des Auswurfs, des Magensaftes und der erbrochenen Massen, der Faeces, des Harns, der Exsudate, Transsudate und Cystenflüssigkeiten und der Sekrete der Geschlechtsorgane eingehend behandelt werden; auch ist eine sehr praktische Beschreibung der modernen bakteriologischen Untersuchungsmethoden als willkommene Beigabe angefügt. Das Buch zeigt ferner 108 Abbildungen, theilweise mit Farbendruck, von denen die meisten mikroskopische Originalbilder darstellen. Jedes Kapitel

*) Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. Von Dr. Rudolf v. Jaksch, Assistent der I. mediz. Klinik, Privatdozent für innere Medizin in Wien.—(Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1887.)

birgt einen Schatz eigener klinischer Erfahrungen und werkthätiger, selbstständiger Untersuchungen; doch fehlen nicht aus der reichen Fachliteratur die Angaben der Autoren und deren Arbeiten, und sind namentlich die deutschen Quellen fast erschöpfend angegeben.

In Nachfolgendem geben wir eine theilweise gekürzte Leseprobe aus dem Kapitel III. Chemische Untersuchung des Harns.

A) Organische Substanzen.

I. Eiweisskörper*):

„Ob grössere Mengen Eiweiss unter physiologischen Verhältnissen sich im Harn finden können, ist heute noch eine offene Frage. Während durch ältere Angaben, als von Frerichs, Vogel, Ultzmann, bereits auf das Vorkommen von Eiweiss im normalen Harn aufmerksam gemacht wurde, und durch die neueren Beobachtungen von Leube, Fuerbringer, Senator und C. Posner die Existenz einer physiologischen Albuminurie gesichert schien, wurde durch die sehr eingehende Arbeit von v. Noorden diese Frage im wesentlich negativen Sinne beantwortet. Als sicher stehend kann man wohl den Satz aufstellen, dass bisweilen vorübergehend geringere oder grössere Mengen von Eiweiss auftreten können, ohne dass diesem Symptome bleibende anatomische Veränderungen der Nieren zu Grunde liegen, sondern diese Albuminurie ist nur als der Effekt rasch vorübergehender Zirkulationsstörungen anzusehen. Eine solche Albuminurie kann, wie Falkenheim gezeigt hat, in ähnlicher Weise auch unter pathologischen Verhältnissen eintreten.

Als Bright zuerst den Zusammenhang zwischen Nierenerkrankungen, Hydrops und Eiweissharn auffand, als weiter durch Christinson und Rayer, später durch Frerichs und Traube, die klinische Lehre der Albuminurie begründet wurde, begnügte man sich mit blossem Nachweis von Eiweiss, ohne sich die Frage zu beantworten, ob ein, zwei oder gar mehrere Eiweisskörper im Harn vorkommen. Gegenwärtig ist durch eine Reihe von theils physiologischen, theils klinischen Beobachtungen festgestellt worden, dass im Harne ausser Serumalbumin auch Globulin, Pepton, Albumosen, Oxyhaemoglobin, Mucin und Fibrin sich vorfinden können. Klinisches Interesse aber hat vorläufig nur das Auftreten von Serumalbumin, Pepton und Albumosen, da die Methoden zur Differenzirung dieser Eiweisskörper wohl ausgearbeitet sind. Die jüngst aus Hofmeister's Laboratorium von Kauder und Pohl zum Nachweis von Globulin in serösen Flüssigkeiten und im Harn veröffentlichten einfachen Methoden berechtigen zu der Hoffnung, dass die Frage, ob auch der Globulinurie eine selbstständige Stellung gebührt, wohl bald endgültig entschieden sein dürfte, weshalb die Methoden hier auch aufgenommen wurden. Wir haben demgemäss zu unterscheiden: 1. die Serumalbuminurie, welche wir fernerhin kurzweg als Albuminurie bezeichnen wollen, 2. die Peptonurie, 3. die Albumosurie, 4. die Globulinurie, deren selbstständiges Vorkommen noch nicht feststeht, 5. die Fibrinurie, 6. weiterhin die bereits a. a. O. erwähnte, auf S. 174 besprochene Haematurie, 7. die Haemoglobinurie und 8. die Mucinurie.

1. Albuminurie. Wir wollen nach dem Obengesagten jene Fälle in diese Kategorie zusammenfassen, wo es sich wesentlich handelt um Auftreten von Serumalbuminurie, nebst, wie es scheint, wechselnden Mengen von Globulin. Grössere Mengen von Serumalbumin finden sich unter normalen Verhältnissen wohl niemals im Harn. Ihr Auftreten ist

*) S. 209.

stets als ein wichtiges pathologisches Symptom anzusehen. Das im Harn vorgefundene Eiweiss kann den Nieren (renale Albuminurie) entstammen oder ausserhalb der Nieren, in den Harnwegen (accidentelle Albuminurie) dem Harn sich beimengen.

a) Renale Albuminurie. In diesem Falle, welcher der weit häufigere und wichtigere ist, handelt es sich immer um Störungen der Funktion der Nieren, die allerdings sehr verschiedene Ursachen haben können. Zunächst sind es die durch entzündliche und degenerative Vorgänge hervorgerufenen Veränderungen des Nierengewebes, die ungemein häufig zur Albuminurie führen. Doch ist hier gleich hervorzuheben, dass die Menge des ausgeschiedenen Eiweisses durchaus nicht immer parallel geht mit der Intensität und Extensität der Nierenaffektion, ja, dass es weiter sehr gefährliche Formen von Nierenerkrankungen (Granular-Niere, rothe Atrophie) giebt, bei welchen der Harn nur Spuren von Eiweiss enthält. Weiterhin können Zirkulationsstörungen der verschiedensten Art, welche auch die Nierenzirkulation beeinflussen, Albuminurie hervorrufen, wobei wir nicht vergessen dürfen, dass solche Störungen, wenn sie längere Zeit andauern, schliesslich auch zu Veränderungen des Nierenparenchyms selbst (Stauungsniere) führen werden. Zu einer dritten, wohl besonderen Gruppe gehört das Auftreten von Serumalbumin bei Fieber (febrile Albuminurie [Leyden]). Die Umstände, welche unter diesen Verhältnissen zur Ausscheidung von Eiweiss führen können, sind wohl sehr mannigfaltig. Zunächst werden die durch das Fieber bedingten Veränderungen des Blutdruckes wohl für sich genügen, um Albuminurie hervorzurufen. Weiter ist daran zu erinnern, dass bei längere Zeit bestehendem Fieber Veränderungen in den Nierenepithelien auftreten können, die die Ursache des Eintrittes der Albuminurie abgeben. Ausserdem dürften aber die das Fieber bedingenden Krankheitserreger (Pilze) in zahlreichen Fällen eine wesentliche Rolle spielen; sehen wir doch, dass bei Infektionskrankheiten diese Gebilde den Körper durch die Nieren in grosser Menge verlassen. Eine vierte Gruppe von Albuminurie bildet dann jene, die bei herabgekommenen anaemischen Individuen sich vorfindet, deren Ursache wohl in der Veränderung der Blutbeschaffenheit zu suchen ist, so dass jetzt auch bei intakten Nieren und bei nicht wesentlich verändertem Blutdruck diese Organe für den Austritt von Eiweiss aus dem Blute permeabel werden (v. Bamberger's haematogene Albuminurie). Nicht selten ereignet es sich im Verlauf einer grossen Nephritis, dass blos intermittirend Eiweiss im Harn nachgewiesen werden kann. Meist findet man aber dann in dem eiweissfreien Harn bei sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung Formelemente (Harncylinder und Nierenepithelien), welche die Erkennung einer Nephritis ermöglichen. Dieses Auftreten von blos intermittirender Albuminurie sieht man ferner relativ häufig bei der Schrumpfniere. Aus dieser allerdings noch nicht vollständigen Zusammenstellung der verschiedenen Formen der renalen Albuminurie ist ersichtlich, dass dieses Symptom an und für sich ungemein vieldeutig ist; es wird sich deshalb dasselbe für die Diagnose einer Nierenaffektion erst dann verwenden lassen, wenn auch alle übrigen physikalischen und durch das Mikroskop aufgefundenen Eigenschaften des Harns in Betracht gezogen werden. Niemals aber ist man, wie dies in früheren Zeiten so häufig geschah, berechtigt, aus der Albuminurie allein eine renale Affektion oder gar eine Nephritis zu erschliessen.

b) Accidentelle Albuminurie. Viel geringer ist die Bedeutung der Albuminurie, wenn das gefundene Eiweiss nicht aus den

Nieren stammt. Das Eiweiss kann herrühren aus den Nierenbecken, den Harnleitern, der Blase, der Urethra oder durch abnorme Kommunikation mit Nachbarorganen (z. B. Lymphgefässen, *Ductus thoracicus*) dem Harn beigemengt worden sein. Meist wird die mikroskopische Untersuchung im Vereine mit der chemischen Untersuchung das leicht konstatiren lassen. Findet man z. B. sehr wenig Serumalbumin bei reichlicher Anwesenheit von Eiterzellen, so deutet dies darauf hin, dass das gefundene Serumalbumin blos den in den obengenannten Harnwegen ausgetretenen Leukocyten entstammt. Fehlen von Harncylindern, ferner von Nierenepithelien, ist ein weiteres, wenn auch unsicheres Symptom, dass keine renale Albuminurie vorhanden ist."

Nach dieser Auseinandersetzung werden zunächst die Methoden zur qualitativen Bestimmung von Eiweiss (Serumalbuminurie) beschrieben, und zwar 1. die Salpetersäure-Kochprobe, 2. die Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe, 3. die Diuretprobe, 4. die Proben von Heller; denselben folgen die minder verlässlichen Nachweise von Albumin. Hieran knüpft Jaksch folgende wichtige Bemerkung: „Treten die sub 1—3 genannten Proben positiv auf, so handelt es sich gewiss um das Vorhandensein von Serumalbuminurie, neben allerdings meist geringen Mengen von Globulin, wobei sich nicht entscheiden lässt, ob nebstbei noch Pepton oder Albumosen im Harn vorhanden sind. Sind nur geringe Mengen Serumalbumin vorhanden, so wird nur Probe 1 und 2 positiv auftreten.

Giebt Probe 1 ein negatives Resultat, 2 schon nach Essigsäurezusatz einen Niederschlag, so rührt dieser von Mucin oder, falls derselbe sich in Alkohol löst, von Harnsäure her. Bleibt Probe 1 in der Wärme negativ, tritt aber beim Erkalten der Probe ein Niederschlag auf, welcher abfiltrirt und dann nach Probe 3 untersucht ein positives Resultat ergiebt, so kann es sich um Albumosen handeln, und diese Annahme gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn auch Probe 3 sehr intensiv ausfällt.

Bleiben die Proben 1 und 2 negativ, tritt auch mit Essigsäure allein kein Niederschlag auf und giebt ein solcher Harn nur Probe 3, so kann man daraus den sicheren Endschluss ziehen, dass der Harn sehr viel Pepton enthält. Wie man aus diesen Auseinandersetzungen ersieht, ermöglicht eine Ausführung der Proben in der oben angeführten Weise rasch eine v o r l ä u f i g e Orientirung, mit welchen Eiweisskörpern wir es zu thun haben."

Ich habe gerade dieses Kapitel aus dem umfangreichen Werke ausgesucht, um daran zu zeigen, wie gründlich unser Autor, entgegen dem gewöhnlichen oberflächlichen Nachweise von Eiweiss im Harn, die einzelnen Arten auseinander hält, ohne dass sich die Sache in der Praxis als besonders zeitraubend und schwierig gestalten würde, und weil ich auch *pro domo* die Bemerkung anfügen wollte, dass diese Distinktionen bei der Aufstellung der Indikationen und Gegenanzeigen für die Karlsbader Kur von Wichtigkeit sind.

Ich bin überzeugt, dass das Buch viele Auflagen erleben und auch in andere Sprachen übersetzt werden wird.

Dr. J u l i u s F e h r ' s (Hoboken, N. Y.) „Compound Talcum" ist ein aus Talc. venet. mit Carbol- und Salicylsäure gewonnenes Streupulver, welches die Bildung von Bakterien verhindert und vor vegetabilischen oder mineralischen Streupulvern den Vorzug der Unzersetzbarkeit hat.

REFERATE.

Laryngologie.

A. Lucae. — Physiologisch-diagnostischer Beitrag zur Ohrenheilkunde. — *Berl. Klin. Wochenschr.*, 9. August 1886.

Die Schwierigkeit in vielen Fällen, aus dem blossen Trommelfellbilde auf eine Spannungsanomalie des Trommelfells zu schliessen, gab L. Veranlassung, die Höhe des Geräusches zu prüfen, das beim Durchblasen von Luft durch eine kleine Gummiröhre, die in den Gehörgang gesteckt wird, entsteht. Dieses „Anblasegeräusch" resultirt aus der gemeinsamen Resonanz des äusseren Gehörgangs, des Trommelfells und des Mittelohres, und ist es meist höher bei starker Trommelfellknickung und starkem Hervortreten der hinteren Falte, stets bei starken Verdickungen des Trommelfells. In anderen Affektionen sind die Resultate oft noch widersprechend, und müssen weitere Versuche abgewartet werden.

Chas. H. Nichols. — Haematoma auris; three cases treated by the conjoined use of massage, galvanism and leeching. — *N. Y. Med. Record*, June 19, 1886.

Die Behandlung, welche keine Deformität zurückliess, ist im Titel gegeben; die Ursache war nach dem Autor nicht traumatisch.

Gorham Bacon. — Two cases of ear-disease due to traumatism. — *N. Y. Medical Journal*, Sept. 4, 1886.

Ein Fall von Verletzung des Trommelfells durch den Zweig eines Baumes mit folgender Trübung und Einziehung des Trommelfells ; ein zweiter einer Schusswunde, mit der Kugel im *Processus mastoideus*, und Vorwölbung der hintern Wand des Gehörgangs. Es wurden mehrere Sequester entfernt, doch gestattete Patientin nicht die Entfernung der festsitzenden Kugel, da ihr dies Schmerzen machte und sie kein Anaestheticum nehmen wollte.

Chas. H. Burnett. —The frequent dependence of disease of the ear upon catarrhal disease of the nose.— *Medical News*, July 10, 1886.

Nach einleitenden Bemerkungen über Anatomie und Physiologie der Eustachischen Röhre kömmt B. auf die Ursachen und Symptome der akuten Coryza zu sprechen und betont, dass besonders bei Kindern in Folge der natürlichen Enge der Nasenhöhlen sich dieselben leicht verstopfen können. Daraus rssultirt Schwerhörigkeit, und die meisten Fälle von Taubstummheit beruhen auf vorausgegangenen Nasenleiden. Die Ohrenschmerzen der Kinder sind durch akute Prozesse bedingt; der Anfang der chronischen Form wird oft übersehen. B. spricht sich bei akuter Rhinitis von Erkältung gegen Chinin aus, empfiehlt dagegen Aufenthalt im Hause, *Pulvis Doveri*, bei akuter Otitis Politzer, trockene Wärme und Blutegel; bei Perforationen mit Sekretion das trockene Verfahren mit Einblasungen von Borsäure.

Albert H. Buck.—Chronic catarrhal inflammation of the middle ear.—*N. Y. Medical Record*, Jan. 1, 1887.

Eine Besprechung einzelner Punkte der obigen Affektion. Die häufige Abhängigkeit des Leidens von Nasenrachenkatarrhen wird betont, und werden nach B. durch deren alleinige Behandlung viele Fälle mehr

gebessert, als durch lokale Behandlung des Ohres. In der Aetiologie weist er unter Anderm auf den Einfluss der Erkältung, des Rauchens, der Verstopfung der Nase hin, welch' letztere beim Schlucken eine Luftverdünnung im Tympanum und ein Einwärtsziehen des Trommelfells bedingt. Die Behandlung muss eine allgemeine und lokale sein: Erstere schädliche Gewohnheiten und krankhafte Prozesse — Rheumatismus, Lithaemie — eliminiren, Letztere ausser den lokalen Hülfsmitteln hauptsächlich den Nasenrachenraum berücksichtigen, welchen B. im Gegensatz zu den Anhängern des *Spray's* mit dem in das gewählte Medikament getauchten Watteträger behandelt.

Dr. Schubert. — Ein Galvanokauter für das Trommelfell. — *Archiv f. Ohrenheilkunde*, Band XXIV, Heft 1.

Da die mit Voltolini's Spitzbrenner gesetzte Oeffnung dem Verf. für viele Fälle nicht genügend gross erschien, konstruirte er einen Brenner mit zwei divergirenden Platindrähten, welche durch ein ca. 3 mm. langes Stück verbunden sind. Es wird hierdurch ein Substanzverlust gesetzt, welcher der Wiederverwachsung erfolgreich entgegenwirkt.

Dr. Gleitsmann.

(Schluss in nächster Nummer.)

Der internationale medizinische Kongress in Washington wird, wie es scheint, in Bezug auf die Betheiligung deutschländischer Mediziner doch nicht so ganz ein „Rumpf-Kongress" werden, wie es den Anschein hatte und vielleicht für die hiesige Betheiligung gelten wird. Virchow, heisst es, wird kommen, und in der *Berl. Klin. Wochenschrift* macht der Redakteur Prof. Ewald darauf aufmerksam, dass „sich in Amerika selbst eine Art Kompromiss zwischen den „streitenden Parteien vollzogen hat, dass einzelne Mitglieder des „ursprünglichen Comité's, welches bekanntlich nach Konstituirung „eines Gegen-Comité's sein Amt niederlegte, auch in letzteres wieder „eingetreten sind, es also mit ihrer Stellung etc. vereinbar finden, dem „Vorstand nach gewissen innerhalb desselben stattgehabten Verände„rungen anzugehören."

Ewald erklärt deshalb, — gegenüber Semon, der in dem von ihm redigirten *Internationalen Centralblatt f. Laryngologie* vom Besuche entschieden abräth, weil der Kongress auf „einer persönlich-politisch-geographischen Basis" aufgebaut sei, — dass er durchaus vom Besuche des Kongresses nicht abrathen wolle. Es sei Jedermann's Sache, „zu ent„scheiden, ob er es mit seinen Wünschen und seinen Rücksichten auf „näher betheiligte Freunde vereinbaren kann," demselben beizuwohnen.

Das ist gewiss ein ganz vernünftiger Standpunkt und wir können uns nur freuen, dass man sich draussen von den unerquicklichen und beschämenden Differenzen nicht bestimmen lässt, dem Kongresse fern zu bleiben. Wir begrüssen das namentlich im Interesse der deutschländischen Kollegen mit Freuden, denn es kann weder ihnen, noch uns schaden, wenn sie eigene Eindrücke von uns und unserem Lande mit nach Hause nehmen.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse

erscheint monatlich,
herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph. D., - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

wohin alle geschäftlichen Correspondenzen, Geldsendungen, Aufträge u. s. w. zu adressiren sind.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Manuskripte, Wechselblätter, Bücher und alle redaktionellen Correspondenzen sind zu adressiren an den Redakteur: 328 E. 19. St., New York.

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der **Cherouny Printing Co.** in's Einvernehmen zu setzen.

Die Beziehungen zwischen Icterus und Milztumor.

Dass Störungen des Gallenabflusses im Stande sind, Veränderungen im Pfortaderkreislaufe zu versuchen, versucht Prof. Dr. E. Maragliano, Direktor des klinischen Institutes zu Genua, zu begründen.*)

Er giebt fünf kurze Krankengeschichten, bei denen neben Leberschwellung *Icterus* und akute Milzschwellung gleichzeitig entstanden, im weiteren Verlauf parallel sich entwickelten, so dass, wenn ersterer seinen Höhepunkt erreichte, auch letzterer sein Maximum erlangte. Ebenso fand mit dem *Icterus* und dem Zurückgehen der Leberschwellung eine Rückkehr der Milz zur normalen Grösse statt, mit Ausnahme eines einzigen Falles (III.); bei diesem Patienten wurde zwar auch ein Zurückgehen des Milztumors beobachtet, doch nahm das Organ die normalen Dimensionen deshalb nicht wieder ein, weil P. früher an *Malaria* gelitten hatte.

Zur Erklärung dieses bis jetzt von den meisten Beobachtern nicht erwähnten Umstandes weist M. auf Grund der anatomischen Anordnung der Gallen- und Blutgefässe in der Leber nach, dass eine Stauung in den Gallenröhrchen mechanisch durch ihre Ausdehnung einen Druck auf die Lebergefässe ausübe, der eine Stauung im ganzen Pfortadersystem verursache. Diese Möglichkeit wird durch den Umstand noch wahrscheinlicher gemacht, dass, wie Basch und Heidenhain nachgewiesen haben, der Gallendruck stets viel höher ist, als der Blutdruck in der Pfortader.

Das umgekehrte Verhältniss, dass nämlich eine Gallenstauung durch Kompression der Gallenröhrchen in Folge von Erweiterung der Blutgefässe bei Cirkulationsstörungen in der Leber verursacht werden kann, ist von den Pathologen längst anerkannt. Zum Zustandekommen dieses Milztumors in Folge der Gallenstauung ist, wie M. annimmt, nöthig, dass die Anschwellung der Gallengänge sehr rasch geschieht

*) *Deutsches Archiv für klin. Medizin;* 4°. Band, 1. Heft.

und ferner, dass der Patient noch verhältnissmässig jung und daher das Milzgewebe noch elastisch ist.

Es ist jedoch nicht gesagt, dass stets Milztumor eintreten muss, wenn Gallenkongestion vorhanden ist; wenn Störungen dadurch im Pfortaderkreislaufe hervorgerufen werden, so können sich dieselben verschieden lokalisiren, auf den Magen, auf den Darm etc., ja es mag auch — wie in einem von M. berichteten Falle — *Ascites* auftreten.

Trotzdem glaubt M., dass dieselbe häufiger gefunden werden wird, wenn man in Zukunft die Milz in allen solchen Fällen perkutirt (aber nicht in Seiten-, sondern in Rücken-Lage, wie dies von M.*) ausführlich beschrieben worden ist); er fordert deshalb dazu auf, und es steht zu hoffen, dass man diesen Verhältnissen klinisch in Zukunft mehr Rechnung tragen wird.

Den negativen Resultaten gegenüber, welche bei Thierversuchen bis jetzt erhalten wurden—nach Unterbindung des *Ductus choledochus* tritt kein Milztumor auf bei Kaninchen und Meerschweinchen — macht M. auf die anatomischen Unterschiede aufmerksam, durch welche diese Abwesenheit bedingt wird. Der wichtigste ist die freiere, oft sogar direkte Kommunikation des Pfortadersystems mit der grossen Hohlvene und andere Anastomosen z. B. zwischen Magen- und Oesophagusvenen, zwischen den Mastdarmwurzeln der *Vena meseraica minor* und denen der Hämorrhoidalvenen etc.

Daher glaubt Maragliano,

„dass die bis jetzt durch Unterbindung des *Ductus choledochus* bei „Thieren erreichten negativen Resultate die klinischen Korollarien „nicht im Geringsten wankend machen können und dürfen."

Die Protokolle der „Wissenschaftlichen Sitzungen," welche unter der Aegide des Kollegiums der Aerzte des *Deutschen Hospitals und Dispensary* am vierten Freitage eines jeden Monats abgehalten werden, sollen, mit dieser Nummer beginnend, wieder in der „Presse" zum Abdruck kommen; von der Veröffentlichung der Protokolle früherer Jahre ist, im Einverständnisse mit dem betr. Publikations-Comité, Abstand genommen worden, und wird daher mit der Januarsitzung des laufenden Jahres begonnen.

Der laufende (33.) Jahrgang der *Wiener Medizinischen Presse* legt Zeugniss ab von der Energie und Tüchtigkeit des neuen Chefredakteurs Dr. Anton Bum. Zahlreiche, von tüchtigen Autoritäten auf den verschiedensten Gebieten der Medizin verfasste Beiträge, Berichte über die Verhandlungen der verschiedenen österreichischen Gesellschaften, Correspondenzen etc. machen das Journal zu einem der reichhaltigsten und bestredigirten unter unseren Wechselblättern.

*) *Italia Medica*, 1882, No. 28.

Ueber die Funktion der Schilddrüse hat Prof. Jul. Rich. Ewald (Strassburg) sehr interessante Versuche angestellt, welche in der *Berl. Klin. Wochenschr.* (No. 11, 1887) veröffentlicht sind.

Die Vermuthung Schiff's, dass die *Thyroidea* einen Stoff bildet, der für die Ernährung des Zentralnervensystems nöthig ist, und dass dieser Umstand die Ursache der *Cachexia strumipriva* sei, unternahm Ewald jr. zu prüfen und zwar in der Weise, dass er Einspritzungen mit dem Parenchymsafte der exstirpirten Drüse unter die Haut völlig intakter Thiere (Hunde) machte.

Er fand nun, dass die Wirkung dieser Injektionen darin bestand, dass die Thiere in eine Art kataleptischen oder hypnotischen Zustand versetzt wurden, welcher mehrere Stunden anhielt. Zur Kontrolle dienten Einspritzungen von Blut resp. Muskelsaft, welche gar keinen Erfolg hatten.

Ewald ist im Zweifel, ob dieser, offenbar eine bedeutende Wirkung auf das Zentralnervensystem ausübende Stoff von der Drüse gebildet wird oder ob er sich vielleicht hier aus dem ganzen Körper ansammelt, um in weitere Substanzen umgewandelt zu werden. Er stellt weitere Versuche in Aussicht, die aber wegen der Kostbarkeit des Materials nur langsam vorwärts kommen.

Hydronaphthol, das neueste Antisepticum und Desinficiens welches aus der Phenol-Reihe des Steinkohlentheers gewonnen worden ist, ist in kurzer Zeit äusserst beliebt und allgemein gebräuchlich geworden. Chirurgen wie Gynäkologen stellen ihm übereinstimmend das beste Zeugniss aus, dahin lautend, dass es in der Hospital- wie in der Privatpraxis als Antisepticum und als Desinficiens sehr werthvoll und brauchbar ist. Seine Haupteigenschaften sind folgende: Es ist geruchlos, hat keine schädlichen Beiwirkungen und wirkt lokal niemals reizend oder gar zerstörend; dieselben stellen es über Carbolsäure und alle anderen bisher gebräuchlichen Antiseptica.

Ein Büchlein, in welchem das Hydronaphthol genau und ausführlich beschrieben wird, wird frei an alle Aerzte versandt, welche ihre Adresse an die Firma Seabury & Johnson, 21 Platt St., New York, einschicken.

---

† Prof. W. Hack.

Wohl selten hat ein Mann so viel von sich reden gemacht, wie es bei dem leider so früh verstorbenen Prof. Wilhelm Hack aus Freiburg i. B. in den letzten Jahren geschehen ist.

Hack, der ursprünglich Assistent an der Freiburger Klinik und dann Privatdozent für Chirurgie ebendaselbst war (er hielt auch Vorlesungen über Syphilis und Hautkrankheiten) trat erst im Jahre 1884 durch sein Buch: „Operative Radikalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc." vor das grosse ärztliche Publikum. Und so gross war das Aufsehen, welches dieses Buch, dessen Resultate, irren wir nicht, in der Leipziger Gartenlaube veröffentlicht wurden, auch bei dem Laienpublikum erregte, dass zu einer Zeit die leidende Menschheit schaarenweise nach Freiburg strömte, um sich durch wenige Kauterisationen wie mit einem Schlage von ihrem Asthma etc. befreien zu lassen. Dass auch die ärztlichen Kreise, ermuntert durch die wirklich glänzenden Erfolge Hack's, sich jetzt mehr der chirurgisch-rhinologischen Therapie zuwandten, dürfte Niemanden Wunder nehmen. Und wiewohl er nicht, wie Viele behaupteten, der Entdecker der von der Nase ausgelösten Reflexneurosen ist — denn es haben vor ihm schon viele Forscher, wie Voltolini, B. Fraenkel, Schaeffer und auch ein Amerikaner*) darauf aufmerksam gemacht — so ist es doch das unbestrittene Verdienst Hack's, zum ersten Mal wieder das Studium dieser Krankheiten energisch in Anregung gebracht zu haben.

Sehr bald wurde er allerdings auf dem Kopenhagener Kongress und auf der Naturforscherversammlung in Magdeburg gezwungen, seine Anschauungen zu modifiziren. So erweiterte er seine frühere Ansicht, dass die Schwellkörper am vorderen Ende der unteren Muschel die einzige Reizstelle in der Nasenhöhle abgäben, dahin, dass auch die übrigen Schwellpartieen von vorn herein solche Reizpunkte darstellen, oder doch wenigstens später sich dazu herausbilden können, — eine Ansicht, der besonders B. Fraenkel entgegentrat, welcher auch heute noch annimmt, dass es die sensiblen Nerven der Schleimhaut sind, von wo aus die Reflexe ausgelöst werden.

Es erschienen in der Folgezeit noch mehrere kleine Abhandlungen, die neue Beweise für die Hack'schen Theorieen brachten, und es war zu erwarten, dass er zur definitiven Lösung dieser noch schwebenden Fragen ein gut Theil mehr beigetragen hätte.

Um so mehr ist es zu beklagen, dass der unerbittliche Tod ihn so frühzeitig dahingerafft hat. Den Werth des Mannes und seiner Verdienste um die Wissenschaft hat s. Z. B. Fraenkel am Treffendsten gewürdigt, als er von ihm schrieb:

„Dass Hack den Kreis der von der Nasenhöhle ausgelösten Reflexneurosen erweitert hat und dass er es verstanden hat, das Trommelfell der öffentlichen Meinung in lebhafte Schwingungen zu versetzen und die Aufmerksamkeit auch des Publikums darauf hinzulenken, dass in dem bescheidenen Winkel des wissenschaftlichen Weltmarktes, wo die rhinologischen Fortschritte stehen, etwas geschehen ist, was zwar nicht himmelstürmend die Wissenschaft umgestaltet, aber vielen Leidenden die bis dahin vergeblich gesuchte Genesung sichert."

W. Freudenthal.

*) *N. Y. Medical Record*, 1879, pag. 345, (Fall von Pharynxpolypen).

Correspondenzen.

Die Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht.

Goerbersdorf, im April 1887.

An die Redaktion der N. Y. Med. Presse:

Die chronische Lungenschwindsucht ist, weil sie die meisten Opfer fordert, die wichtigste Krankheit, die Behandlung derselben daher auch das wichtigste Thema für die ärztliche Kunst. Deshalb glaube ich verpflichtet zu sein, etwas auf den Vortrag des Kollegen Seibert erwidern zu müssen, handelt es sich doch dabei um wichtige therapeutische Prinzipien.

Ich gestehe zunächst zu, dass Erfolge in Falkenstein, in Davos und in Görbersdorf erzielt worden sind. Woran das liegt, diese Frage beantwortet Seibert damit, dass er anführt: „Brehmer war wohl der Erste, der von einer ‚Immunitätshöhe' bei Phthise sprach, und hält er auch jetzt noch fest, dass Gegenden über 1600 Fuss hoch immun, tiefer gelegene Orte nicht mehr immun sind, und deswegen zur Therapie chronischer Lungenaffektionen nicht mehr geeignet seien." Diese Immunität ist nach Weber widerlegt, auch hat „die Immunitätslehre durch die Koch'schen Untersuchungen und durch vielfältige Erfahrung insofern einen Stoss erlitten, als viele und gute Resultate unterhalb der Immunitätslinie erzielt worden sind und noch werden. Die steife Behauptung Brehmer's muss man dem Vater und Erfinder der Höhenklima-Behandlung nicht übelnehmen, trotzdem die Gegenbeweise nun einmal da sind und sich nicht wegleugnen lassen. Ist es aber Thatsache, dass Falkenstein ebenso wie Davos und Görbersdorf gute Resultate hat, so muss der Hauptfaktor der Behandlung nicht in der Höhe des Kurortes liegen."

Seibert beantwortet nun auch die Frage, die er an die Spitze der Betrachtung gestellt hat: Höhenklima oder Arzt, dahin, „dass die ärztliche Behandlung eine grosse Rolle spielt, die wesentlich darin besteht, dem Patienten reine Luft auch einzugeben, wie man Medizin eingiebt."

Geben denn aber die Erfolge, selbst die Heilungen der Lungenschwindsucht, einen richtigen Maasstab bei dieser Frage ab? So paradox das auch klingen mag, so verneine ich dieselbe auf's entschiedenste. Nicht blos in Davos, Görbersdorf und Falkenstein, mit ihrer verschiedenen Höhe und ihrem verschiedenen Klima, sind Heilungen erzielt worden, sondern auch an allen Orten und oft unter den ungünstigsten sozialen und hygienischen Verhältnissen. In den Leichen haben die Anatomen oft genug geheilte Lungenschwindsucht nachgewiesen; man wusste nur nicht, wodurch ist diese Lungenschwindsucht zum Heilen gekommen, man wusste eben nur, dass sie also heilen kann. Ich habe mich oft genug auf diese offenkundige Thatsache berufen müssen, als meine Behauptung, dass die Lungenschwindsucht auch durch ärztliche Kunst geheilt werden kann, verhöhnt worden war.

Seibert hätte also, wenn er die Erfolge als maassgebend betrachtet, seiner Ueberschrift: Höhenklima oder Arzt, noch hinzufügen müssen: oder Zufall. Und ich nehme keinen Anstand, zu behaupten, dass aus unbekannter Ursache, also durch Zufall, geheilte Schwindsucht in bei weitem grösserer Zahl durch spätere Sektionen festgestellt

worden ist, als die bisherigen Heilungen in Falkenstein, Davos und Görbersdorf zusammengenommen.

Der Erfolg an sich spricht also nicht das maassgebende Wort. Es handelt sich nicht darum, wo sind Erfolge erzielt worden, sondern vielmehr darum, durch welche Behandlung hat der Phthisiker die **meiste** Aussicht, zu gesunden.

Hierbei führt uns mit Nothwendigkeit gerade die Entdeckung Koch's zu der Frage : giebt es Orte, deren Einwohner frei von Phthisis, also immun sind ?

Die Koch'schen Untersuchungen haben der Lehre von der Immunität nicht einen Stoss versetzt, sondern müssen, umgekehrt, die Frage nach der Immunität wieder von Neuem beleben. Gerade vom Standpunkt der Infektion liegt ja die Wichtigkeit der immunen Orte auf der Hand.

Sie allein entscheidet darüber, welche Luft wirklich rein ist. Man hat freilich die „reine Luft" als das Fundament der Therapie der Phthise erklärt, aber nicht, woran man die Reinheit der Luft erkennt. Wunderbarer Weise hat man dabei immer die Luftuntersuchungen Miquel's auf Bakterien zitirt und dabei vergessen, dass Miquel nur die nicht pathogenen Bakterien nachgewiesen hat, dass aber noch keine Methode existirt, durch welche die pathogenen Bakterien nachgewiesen werden können. Es liegt aber auf der Hand, dass für den Menschen die Luft rein ist, welche pathogene Bakterien nicht enthält, mögen noch so viele nicht pathogene Bakterien in ihr enthalten sein. Die Anwesenheit der pathogenen Bacillen in der Luft lässt sich aber allein dadurch nachweisen, ob die in solcher Luft lebenden Menschen gesund bleiben oder an dem Leiden erkranken, das die betr. pathogenen Bacillen erregen.

In der Behandlung der Phthise ist daher von fundamentaler Wichtigkeit, zu wissen, ob es immune Gegenden giebt oder nicht. Denn giebt es solche, so wird jede Therapie die meiste Aussicht auf Erfolg bei der Phthise haben, wenn sie an immunen Orten ausgeübt wird, und kein Arzt wird freiwillig auf die Mitwirkung dieser wirklich reinen Luft verzichten. Denn bei einer zwar heilbaren, aber doch sehr schwer heilbaren Krankheit wie die chronische Lungenschwindsucht darf man auf nichts verzichten, was die Heilung unterstützen kann.

Glücklicherweise trägt die Wissenschaft kein Bedenken, diese Frage zu bejahen und zu erklären :

„es giebt Gegenden, deren Einwohner von Lungenschwindsucht frei sind in Folge der klimatischen Verhältnisse."

Diese klimatischen Verhältnisse sind allein dem Gebirge eigen.

Hirsch sagt dies in seinem Handbuch der historisch-geographischen Pathologie ausdrücklich und fügt hinzu, „dass die mit sehr bedeutenden Elevationen verbundenen Einflüsse selbst die aus den ungünstigsten hygienischen und gesellschaftlichen Verhältnissen hervorgehenden Schädlichkeiten in Bezug auf die Schwindsuchts-Genesis zu überwinden vermögen."

Bei welcher Elevation in den verschiedenen Gegenden die Immunität beginnt, das festzusetzen ist Sache der genaueren Statistik. Diese hat nun ergeben, dass die untere Grenze um so tiefer liegt, je weiter ein Ort vom Aequator entfernt liegt, so zwar, dass die Immunität in den

Tropen etwa bei 3000 Metern (8000 e. Fuss) und in Deutschland bei 550 Metern (1500 e. F.) und in der Schweiz erst bei 1700 bis 1800 M. (4500 bis 5000 e. F.) beginnt.

Durch welches Agens die Immunität bedingt wird, das ist noch nicht erforscht. Dass jedoch die Luft allein, deren Reinheit gegenwärtig nur zu gern ins Feld geführt wird, nicht das Agens ist, beweisen die Arbeiten Gauster's, der in Rücksicht der Immunität der österreichischen Alpen die Thatsache konstatirt hat, dass die Immunität nur auf dem sogenannten Urgebirge vorkommt, so zwar, dass wenn bei einer bestimmten Höhe im Urgebirge die Schwindsucht nicht vorkommt, dieselbe selbst bei noch grösserer Elevation doch vielfach auftritt auf Kalkboden, z. B., auch wenn dieser nur inselartig im Urgebirge eingesprengt ist.

Diese Thatsache zeigt, dass die Luft allein und deren undefinirbare „Reinheit" nicht die Ursache der Immunität sein kann. Mag nun aber die Ursache sein, welche sie wolle, für die Therapie genügt es, dass die Wissenschaft die Immunität anerkennt.

Dies geschah auch auf dem 14. Kongress für innere Medizin, auf welchem der Vertreter der Wissenschaft, Prof. Dr. Penzold (Erlangen), ausdrücklich betonte, dass es unzweifelhaft Gegenden gebe, die frei von Schwindsucht sind; dass es daher nicht gleichgültig sei, wohin man die Patienten schicke oder wo eventuell „Volkssanatorien" gegründet werden sollten.

Daran soll, nach meiner Ansicht, die Medizin festhalten. Denn es ist nicht zu billigen bei einer so schwer heilbaren Krankheit wie die Lungenschwindsucht, dem Patienten einen Faktor zu entziehen, der positiv nicht schaden, wohl aber möglicherweise sehr nutzen kann.

Deshalb hat jeder Ort, der Lungenkranke aufnehmen will, zunächst durch eine genaue Statistik den Beweis zu liefern, dass die Lungenschwindsucht nicht vorkömmt, so wie ich den Beweis für Görbersdorf auf eine hundertjährige Statistik geführt habe. Denn die Immunität muss das Fundament jeder Therapie werden und bleiben.

Den Einwurf, dass es keinen bewohnten Ort der Erde giebt, an dem die Schwindsucht absolut fehlt, den bestreite ich nicht. Ich erkenne ihn an, behaupte nur, dass er gerade für die Immunität beweisend ist. Denn absolute Wahrheiten giebt es in der Medizin überhaupt nicht. Eine absolute Wahrheit ist es auch nicht, wenn die Medizin lehrt, das Herz liegt auf der linken Seite, denn in seltenen Fällen liegt es auf der rechten Seite. Und doch wird die Medizin fortfahren zu dociren, „das Herz liegt auf der linken Seite." Ebenso muss sie sagen, es giebt immune Gegenden, obschon in ihnen seltene Fälle von Schwindsucht vorkommen.

Dass die Schwindsucht am besten in Heilanstalten behandelt wird, betrachte ich für selbstverständlich. Jede Krankheit kann in den Kliniken sorgsamer beachtet und behandelt werden, als in der Privatpraxis, also auch die Schwindsucht besser in der Heilanstalt als im Kurorte. Erfolge lassen sich aber auch da nicht ableugnen.

Betrachten wir zum Schluss die Erfolge, so müssen wir zugestehen :

Erfolge ohne jedes ärztliche Handeln an ganz verschiedenen Orten, wie die Sektionen zufällig ergeben haben.

Erfolge in Falkenstein bei mangelnder Höhe resp. Immunität durch die ärztliche Kontrole einer Heilanstalt.

Erfolge in Davos bei Immunität, obschon die ärztliche Kontrole nach Seibert eine nicht genügende sei.

Erfolge in den österreichischen immunen Alpen ohne jede ärztliche Behandlung, wie Gauster (Wien) konstatirt hat.

Erfolge endlich in Görbersdorf, von welchen Seibert selbst sagt, dass „Brehmer Erfolge wie kein Anderer bisher aufweisen kann.“ Er sieht die Ursache dafür in der „absoluten Nichtachtung des Patientenwillens.“ Aber ich frage, welcher Arzt wird bei Behandlung eines Schwerkranken den Patientenwillen beachten, sobald dieser dem Heilplane entgegengesetzt ist?

Ich sehe die Ursache meiner Erfolge allein in der glücklichen Vereinigung der beiden Heilfaktoren: Anstaltsbehandlung und Immunität des Ortes.

Ich bin überzeugt, dass wo diese Vereinigung später bestehen wird, ebenfalls Erfolge eintreten werden, wie Anstalts-Behandlung ohne Immunität oder Immunität ohne Anstalts-Behandlung sie nie erreichen würden.

Dass es dabei auch auf die Einrichtungen der Anstalt ankommen wird, das habe ich in meinem Buche: Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht,*) besprochen, auf das ich für die Details obiger Ideen hier noch hinweisen will.

Dr. Brehmer, Dirigent der Heilanstalt in Görbersdorf.

Bücherschau.

H. Helmkampff. — Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Mundes und Rachens, sowie der Zähne. — Stuttgart, F. Enke, 1886; pp. 248.

Der erste Theil handelt über die Erkrankungen der harten Theile des Mundes, und sind die Bedürfnisse des Praktikers berücksichtigt, der im Allgemeinen den Zähnen wenig Aufmerksamkeit schenkt. Vorzüglich sind die Rathschläge für Reinhaltung des Mundes und für Erhaltung der Zähne, sowie die Bemerkungen über sensibles Dentin und Odontalgie, welchen eine Anzahl guter Rezepte beigefügt ist. Verf. verwirft Hutchinson's Theorie der syphilitischen Affektion der Zähne und betrachtet den Befund als eine Spielart der Zahnerosion, welche an allen Zähnen beider Dentitionen zu Tage treten kann.

Ebenso vollständig sind in 19 Kapiteln die Erkrankungen der Weichtheile des Mundes abgehandelt, und besonders die Therapie mit seltener Literaturkenntniss besprochen. Wir vermissen nur Bemerkungen über die sensiblen und motorischen Neurosen. Den Pharynxkrankheiten sind 60 Seiten gewidmet, doch auch hier alle gewöhnlicheren Erkrankungen erwähnt, mit besonderer Ausführlichkeit die katarrhalische Pharyngitis und die verschiedenen Formen der Tonsillitis. Ein Inhaltsverzeichniss am Schlusse des Buches würde den Werth desselben noch erhöhen. J. W. G.

W. Moldenhauer. — Die Krankheiten der Nasenhöhlen, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. — Leipzig, Vogel; 1886; pp. 198.

In dem kurzen Zeitraume von 10 Monaten das dritte Buch über denselben Gegenstand, welches in der „Presse“ besprochen wird. Dasselbe wird dem Bestreben des Verf. gerecht, „die Pathologie der fraglichen Gebiete in kurzer, einfacher Darstellung zu schildern.“ Es zerfällt in drei ungleiche Theile; die ersten 20 Seiten enthalten anatomisch-physiologische Vorbemerkungen, die nächsten 30 behandeln die allgemeine Symptomatologie, Diagnostik und Therapie, der Rest im speziellen Theil die einzelnen Erkrankungen. Verf. bedient sich einer einfachen, klaren Sprache, steht durchweg auf dem Standpunkt der neuesten Errungenschaften der Rhinologie, und sehr häufig kommt seine eigene, grosse Erfahrung zur Geltung. So sind die Bemerkungen über die Anwendung der hier zu Lande vielfach verpönten Nasendouche sehr lehrreich, und die Schilderung von lokaler

*) S. die Besprechung desselben auf S. 232.

Caries einzelner Theile des Nasengerüstes im 14. Capitel des dritten Theiles äusserst interessant. In der Frage der Reflexneurosen, denen ein eigenes Kapitel gewidmet ist, nimmt M. einen vermittelnden Standpunkt zwischen Hack und seinen Opponenten ein; in Fällen, in welchen der Grad der Muskelschwellungen es zweifelhaft erscheinen lässt, ob von ihnen die Neurosen ausgehen, nimmt er, wie dies schon Sommerbrodt angegeben hat, zum Cocain seine Zuflucht, welches bekanntlich die Hyperästhesie aufhebt. Einer Kritik bedürfen nur wenige Punkte. In vereinzelten Fällen ist die Therapie nicht genügend besprochen, wie z. B. bei der akuten eitrigen Rhinitis und der Deviation des Septums, bei welch letzterer der Neuling die empfohlenen Rathschläge ohne Zuhülfenahme anderer Lehr- oder Handbücher nicht wohl ausführen könnte. Der *Spray* ist sehr stiefmütterlich abgehandelt, die Anwendungsweise desselben für den Nasenrachenraum gar nicht erwähnt; bei der fötiden Rhinitis sagt Verf., über den Gebrauch starker *Spray*-Apparate habe er keine Erfahrung. Im Gegensatz zu anderen Autoren (M. Mackenzie, Schech etc.) kennt M. bloss eine atrophische fötide Rhinitis (Ozaena) und glaubt nicht an die Existenz der einfachen atrophischen Form ohne Foetor, was auch gegen des Ref. Erfahrung spricht. Wenn Verf. sagt, dass seines Wissens die mangelhafte Entwicklung der Oberkiefer bei adenoiden Vegetationen bisher keine Berücksichtigung gefunden, so muss daran erinnert werden, dass schon Th. Davis dieselbe Beobachtung in der *Revue mensuelle de Laryngologie* etc., Dezember 1883, niedergelegt hat.

Ein vollständiges Inhaltsverzeichniss beschliesst das für den Praktiker wie Studirenden gleich empfehlenswerthe Buch. J. W. G.

L. Schrötter. — Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. — Wien, W. Braumüller; 1887.

Die vorliegende erste Lieferung enthält sechs Vorlesungen, von welchen die erste und zweite die Geschichte der Laryngoskopie und die Beleuchtungsquellen, die dritte und vierte die Anatomie, die fünfte die Technik der Untersuchung, die Schwierigkeiten derselben, besonders bei Kindern, und die sechste die Durchleuchtung, Vergrösserung der Bilder und Autolaryngoskopie bespricht. Ohne wesentlich Neues zu bieten, liegt deren Werth hauptsächlich in der Betonung aller der Momente, welche für den beginnenden Laryngoskopiker von Bedeutung sind, und sind z. B. in der Anatomie Punkte hervorgehoben, die in den gewöhnlichen Lehrbüchern nicht zu finden sind. Die langjährige Erfahrung und grosse technische Fertigkeit des Verf.'s, eines der ersten Schüler des verstorbenen Türck, kann am besten aus den Rathschlägen ersehen werden, die er zur Ueberwindung der Schwierigkeiten bei der Untersuchung giebt. Dabei durchweht das Ganze ein frischer, offener Geist, der vor einer freimüthigen Kritik nutzloser Apparate oder Methoden nicht zurückschreckt. 13 gute Zeichnungen sind dem Texte zur Erläuterung beigegeben, und ist nur zu wünschen, dass das Versprechen des Herausgebers, die 29 folgenden Lieferungen in kurzen Zwischenräumen erscheinen zu lassen, sich auch verwirklichen möge. J. W. G.

Der Frauenarzt, Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshülfe; für praktische Aerzte herausgegeben unter Mitwirkung bekannter Frauenärzte des In- und Auslandes von Dr. med. Eichholz (Jena) und Dr. med. Mensinga (Flensburg); Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag (Louis Heuser). — Preis 9 Mark pro Semester.

Diese seit Juli vorigen Jahres erscheinende Zeitschrift hat sich schon einen grossen Leserkreis zu verschaffen gewusst. Es ist eine ausschliesslich von praktischen (auf gynäkologischem Gebiete erfahrenen) Aerzten für praktische Aerzte geschriebene Publikation, in welcher ausser gediegenen Originalartikeln und Referaten auch stets ein Feuilleton, meist aus Dr. Mensinga's Feder, in jedem Hefte zu finden ist. In demselben werden praktisch wichtige Themata in origineller und anziehender Weise behandelt. Der wohlbekannte Dr. Max Nordau (Paris) gehört ebenfalls zu den Mitarbeitern des Feuilletons.

Der „Frauenarzt" wird gewiss auch hier in Amerika einen grossen Leserkreis finden. G. W. R.

Die Findelpflege von Dr. Robert W. Raudnitz (Prag). — Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1887. — Erweiterter Sonderabdruck aus Eulenburg's Real-Encyclopädie etc. — 48 pp.

Diese, dem um die gesetzliche Regelung der Findelpflege hochverdienten Franzosen Dr. Théophile Roussel gewidmete Schrift, der ein grosses, vom Verf. selbst auf Reisen und durch Studien mit grossem Fleisse gesammeltes Material zu Grunde liegt, giebt in gedrängter Form einen genauen Ueberblick über die Entwickelung

und den gegenwärtigen Stand der Findelpflege in den einzelnen Kulturländern. Die Mängel der gesetzlichen Anordnungen und die Ungleichmässigkeit und Unvollständigkeit der Statistik, aus welch' letzterer allein der Werth der einzelnen Systeme beurtheilt werden kann, sind ausführlich besprochen, und zugleich Normen aufgestellt, nach denen eine Besserung in dieser Beziehung durchzuführen wäre.

Das Büchlein ist in jeder Beziehung lesenswerth. G. W. R.

Zur Aetiologie und Therapie der Migräne von Prof. A. Eulenburg (Berlin). — Sep.-Abdr. a. d. *Wiener Med. Presse*, 1887.

Anknüpfend an eine in einem Wiener Modebericht enthaltene Behauptung, dass das zu starke Schnüren der Wienerinnen Schuld sei, dass, während in Berlin kaum 7 Prozent aller Frauen an Migräne litten, diese Zahl in Wien bis auf 20 steige, macht E. auf die Thatsache aufmerksam, dass diese Bemerkung viel Wahres enthalte. Nach seiner Ansicht sind solche Individuen generell zur Migräne disponirt, bei welchen aus irgend einem Anlasse entweder eine hochgradige Geneigtheit zu endokraniellen Zirkulationsschwankungen, resp. wechselndem Blutgehalte der Hirnhautgefässe und asymmetrischem Blutreichthume beider Schädelhälften — oder eine exzessive Erregbarkeit der meningealen Trigeminusenden — oder beides zugleich obwaltet.

E. hat deshalb eine Untersuchungsmethode des galvanischen Leitungswiderstandes am Kopfe angewendet und gefunden, dass die Widerstandsziffern der beiden Seiten während eines Anfalles abnorm hoch und dabei sehr ungleich waren. Das Resultat der Methode und diese selbst werden in der *Zeitschrift für klin. Medizin* ausführlich berichtet werden.

Zur Therapie empfiehlt E. die von ihm bereits mit Erfolg angewandte Oertel'sche Kur für Kreislaufsstörungen, — diätetisch-gymnastische, genau vorgeschriebene Regeln, denen sich eine Gebirgsreise mit methodischer Uebung im Bergsteigen anschliesst.

Zum Koupiren des Anfalls gebraucht E. anstatt Chinin und Salicyl sehr häufig mit Erfolg das Antipyrin.

Die Anwendung der Franklinisation lobt E. ebenfalls, und bezieht sich dabei auf das vortreffliche Werk von Stein, welches in No. 2 Bd. III der „Presse" besprochen worden ist. G. W. R.

Follicular Amygdalitis, by A. Jacobi, M. D., President of the New York Academy of Medicine. — Repr. from *N. Y. Med. Record*, November 27, 1886.

Verf. tritt in dem, vor der *Section of Theory and Practice of Medicine* der Akademie gehaltenen Vortrage gegenüber B. Fraenkel für seine vor einigen Jahren und früher schon ausgesprochene Ansicht ein, dass Personen, die nicht an Diphtherie, sondern nur an follikulärer Mandelentzündung (*Amygdalitis lacunaris*) leiden, im Stande sind, Andere diphtheritisch zu infiziren. Er hält die letztere für eine milde Form der Infektion, und verwahrt sich gegen die strenge Klassifikation Fraenkel's, welche nach seiner Ansicht nicht aufrecht erhalten werden kann. Diphtherie ist nicht immer eine tödtlich verlaufende, von hohem Fieber, Albuminurie und Lähmungen begleitete Krankheit, wie man von mancher Seite behauptet hat. Sie zeigt den verschiedensten Verlauf, vom mildesten bis zum oben angedeuteten schwersten, gerade wie andere Infektionskrankheiten. Man kann oft alle Stufen bei den Mitgliedern einer und derselben Familie beobachten, und es kann die mildeste lacunäre Form diejenige sein, welche zuerst auftritt und von der sich alle anderen, oft sehr schweren, durch Ansteckung entwickeln. Dass die in punktförmigen Exsudaten auftretende mildeste Form nur nach der Pubertät ihr Erscheinen macht, schreibt J. den Veränderungen zu, welche wiederholte pathologische Prozesse in den anatomischen Elementen und Complexen der Tonsille hervorrufen.

Pharyngitis erzeugt die Disposition zu Diphtherie und ihren Rezidiven bei jüngeren Kindern, und chronische Pharyngitis, die längere Zeit besteht, unterdrückt diese Tendenz bei älteren Kindern und Erwachsenen und verursacht die Disposition zu lokalisirten punktirten Exsudaten. Ob aber membranös oder punktirt, die Kontagiosität der Krankheit ist dieselbe!

G. W. R.

Studien über Stoffwechsel im Thierkörper; gesammelte Abhandlungen von Prof. Dr. J. Seegen. Mit 2 lithographirten Tafeln. Berlin 1887; Aug. Hirschwald.

Diese, in verschiedenen Zeitschriften (meist Pflüger's Archiv) im Laufe von 27 Jahren erschienenen Arbeiten Seegen's wurden zum Theil in Verbindung mit dem leider zu früh verstorbenen J. Nowack ausgeführt. Die erste Hälfte ist mehr oder weniger polemischer Natur und richtet sich gegen die auf Grund der

Autorität Pettenkofer's, Bischoff's, Gruber's und speziell Voit's noch ziemlich allgemein für richtig angenommene Behauptung, dass die Stickstoffabgabe in Gasform durch Haut- und Lungenathmung so minimaler Natur sei, dass man berechtigt sei, sie stets gleich Null anzusetzen. Schon Regnault und Reiset hatten nachgewiesen, dass eine gasförmige Stickstoffausscheidung stattfindet, welche zu bedeutend ist, um sie zu vernachlässigen. Seegen und Nowack haben unter allen von Voit selbst angegebenen Kautelen und nach jahrelangem Experimentiren behufs Konstruktion eines allen Ansprüchen genügenden, höchst sinnreichen und komplizirten Apparates wiederholt gefunden, dass die Ausscheidung des Stickstoffes in Gasform in solchen Mengen vor sich geht, welche unbedingt berücksichtigt werden müssen: sie werden von S. und N. als bis zu 9·5 Prozent der eingeführten Stickstoffmenge betragend angegeben. Deshalb wird von ihnen der Satz aufgestellt, dass

„jeder Schluss über den Stickstoffumsatz, sowie jede Stickstoffbilanz unbe-
„rechtigt ist, wenn nicht die gasförmige Stickstoffausscheidung mit in Rech-
„nung gezogen wird."

Sie bestehen deshalb darauf, dass alle Stoffwechselversuche unvollständig sind, welche den Nachweis des Stickstoffes in der Athemluft vernachlässigen, da die Annahme, ob eine stattfindende Zu- oder Abnahme im Gewichte des Versuchsthieres auf Veränderungen des Wasser-, Fett- oder Fleischgehaltes zu setzen sei, rein willkürlich bleiben müsse und nie positiv zu beweisen sei.

In der zweiten Hälfte finden sich die Arbeiten Seegen's über die Zuckerbildung in der Leber; dieselbe geht nach S. konstant in grossem Maasstabe vor sich und wird unter allen Verhältnissen und Zuständen aus dem in der Nahrung zugeführten Eiweiss und Fett (nicht aber aus Kohlehydraten) Zucker in der Leber bereitet. Zugleich ist der Nachweis geführt, dass nicht — wie Claude Bernard zuerst lehrte — das Leberamylum oder Bernard's Glycogen an dieser Zuckerbildung irgendwie betheiligt ist. Eine analoge Thatsache in der Pflanzenphysiologie ist schon längst bekannt; Sachs wies i. J. 1859 nach, dass aus fetthaltigen Saamen entstehende Keimlinge nach kurzer Zeit alles Fett in Stärke übergeführt haben.

„Die Leber scheint das grosse Laboratorium zu sein, in welchem Nahrungsmittel
„für die Zwecke des Lebens, für Arbeitsleistung und für Wärmebildung umgewan-
„delt werden. Der Prozess, durch welchen dies geschieht, ist die Zuckerbildung."

Die Sauerstoffresorption, welche zur Umwandlung der freien Fette, wie auch der aus dem Eiweiss abgespaltenen, in Zucker nothwendig ist, wurde durch G. Kempner bei Gelegenheit anderer Untersuchungen festgestellt. Während das mittlere Venenblut noch recht ansehnliche Mengen Sauerstoff enthält, fliesst aus der Leber das Blut durch die Lebervene nahezu sauerstofffrei ab.

Um den Geist freier Forschung, der durch dieses hochinteressante Werk weht, zu kennzeichnen, können wir es uns nicht versagen, den Schluss der Einleitung folgen zu lassen:

„Ich bin kein zünftiger Physiologe, und das wurde hie und da geltend gemacht,
„wenn im harten Kampfe der Geister die Meinungen aufeinanderplatzten. Aber
„die Zeit des Kampfes ist vorüber, und es dürfte den Werth meiner Gabe nicht
„schmälern, dass ich ohne offizielle Nöthigung, ohne Hilfskräfte, auf mich und auf
„die Mittel eines sehr bescheidenen Laboratoriums angewiesen, in strenger Arbeit
„und nur vom Interesse an der Sache gehalten, das hier Gebotene errungen habe."

G. W. R.

Centralblatt für Kinderheilkunde, herausgegeben von Dr. L Raudnitz (Prag). — Toeplitz & Dentike, Leipzig und Wien. — Vol I., No. 1.

Dieses neue, alle 14 Tage erscheinende Journal liegt uns in seinen ersten vier Nummern vor. Dasselbe enthält eine reiche Auswahl von Referaten aus den verschiedensten Zweigen und allen zivilisirten Ländern. Die bewährte, fähige Redaktion (Dr. Raudnitz ist seit einer Reihe von Jahren in derselben Eigenschaft bei der *Prager Med. Wochenschrift* thätig) bürgt dafür, dass das Unternehmen Alles halten wird, was es verspricht und was man billigerweise erwarten kann.

G. W. R.

Ueber Wirkung, therapeutischen Werth und Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes etc. von Dr. W. Jaworski, Univ.-Doz. in Krakau. — Sep.-Abdr. a. d. *Wien. Med. Wochenschr.* 1886.

Die Thatsache, dass das nach Maassgabe der chemischen Analyse künstlich hergestellte Karlsbader Salz bis vor wenigen Jahren das aus dem Sprudelwasser durch Abdampfung etc. gewonnene natürliche Karlsbader Salz an Richtigkeit der Zusammensetzung übertraf, ist wohlbekannt; das Letztere war fast nur Glaubersalz. Die

Karlsbader Brunnenverwaltung hat sich deshalb veranlasst gesehen, ein bedeutend besseres Verfahren zur Herstellung des berühmten Salzes in Anwendung zu bringen.

Dieses sogenannte „Natürliche Karlsbader Quellsalz" wird nun seit vier Jahren nach Angaben von Prof. Ludwig unter Leitung des städtischen Chemikers Dr. Sipöcz hergestellt und wird zum Unterschiede von dem in viereckigen Flaschen verkäuflichen Sprudelsalz in runden Flaschen verpackt in den Handel gebracht.

Die ausgedehnten Versuche des Verf. über die Wirkung des Quellsalzes auf den Gastro-Intestinal-Trakt eignen sich nicht zum Referate ; sie müssen im Original nachgelesen werden. Indikationen und Contra-Indikationen werden genau angegeben und die Form der Verwendung, *per os, per rectum* oder zu Magenausspülungen, ausführlich vorgeschrieben. G. W. R.

The Journal of Dietetics, Cleveland, O.; Vol. I, No. 1. Die Redaktion ist nicht genannt.

Die vorliegende erste Nummer bringt einen Vortrag von Dr. Wm. Caldwell, welchen derselbe vor zwei medizinischen Gesellschaften in Ohio gehalten. Derselbe ist im Wesentlichen eine Uebersetzung dessen, was in dem von uns bereits besprochenen Werke „Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen" von Dr. Munk und Dr. Uffelmann über die Diät in akuten fieberhaften Krankheiten gesagt ist. Die dem Schlusse angehängte überschwängliche Lobpreisung des Liebig'schen *Food for infants &c.*, ist jedoch in dem Uffelmann'schen Werke nicht zu finden — im Gegentheile! (S. p. 300 und folgende).

The Foreign Medical Press, J. L. Stern, Editor, New York; Vol. I, No. 1.

Die Idee, ein Journal herauszugeben, welches nur Uebersetzungen der neuesten europäischen Publikationen bedeutender Mediziner bringt, ist nicht neu; immerhin ist das typographisch hübsch ausgestattete Heftchen als Vorläufer der versprochenen grösseren Ausgaben mit Freuden zu begrüssen. Das Englisch der Uebersetzungen jedoch klingt noch sehr deutsch!

Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Pamphlete:

Mittheilungen über Ichthyol von Prof. Dr. Baumann (Freiburg) und Prof. Dr. von Nussbaum (München). — Sep.-Abdr. a. d. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1886, No. 11.

Ueber Erysipelas von Prof. Dr. von Nussbaum (München). — Sep.-Abdr. a. d. *Allg. Wiener Med. Zeitung*, 1887, No. 1.

Mittheilungen über das Ichthyol von Dr. Ackermann (Weimar). — Sep.-Abdr. a. d. *Corr.-Bl. d. allg. ärztl. Ver. von Thüringen*, 1885, No. 8.

Notiz über das Ichthyol von Prof. Dr. Schweninger. — Sep.-Abdr. a. d. *Charité-Annalen*, XI. Jahrg.

Dermatologische Studien, III. u. IV. Heft, von Dr. P. G. Unna; mit drei chromo-lithographischen Tafeln. — Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1887.

Hernia Inguino-Properitonealis, with an account of a case, by Chas. W. Dulles, M. D. — Repr. from *Med. News*, Jan. 22, 1887.

Ninth Annual Report of the Presbyterian Eye, Ear and Throat Charity Hospital, Baltimore, Md., with:

The New Treatment of Cataract Patients (in this hospital), by Julian J. Chisolm, M. D., Surgeon in Charge.—Repr. from *Maryland Med. Journ.* of March 19th, 1887.

On Cataract Extractions without Iridectomy, by Dr. H. Knapp. — Repr. from *Arch. of Ophthalmology*, vol. XVI, No. 1, 1887.

The Relative Influences of Maternal and Wet-nursing on Mother and Child, by Jos. E. Winters, M. D. — Repr. from *N. Y. Med. Record*, Nov. 6, 1886.

Ueber Kefir, seine Anwendung und Darstellung, von Dr. Adams (Flinsberg i. Schl.). — Sep.-Abdr. a. d. *Aerztl. Zentral-Anzeiger*, No. 5, 1887.

Bemerkungen über 70 Fälle von Erysipel von Dr. Carl Schadeck (Kiew). — Sep.-Abdr. a. d. *St. Petersb. Med. Wochenschr.*, No. 2, 1887.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis von Dr. Carl Schadeck (Kiew). — Sep.-Abdr. a. d. *St. Petersb. Med. Wochenschr.*, No. 52, 1886.

Der Verlauf von Psychosen von Dr. Rudolph Arndt, Prof. d. Psychiatrie und Direktor der psych. Klinik a. d. U. Greifswald, und Dr. August Dohm, weiland Assist. d. letzteren. Mit 21 theilweise farbigen Curventafeln. — Wien u. Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1887. —pp. 45.

Ueber Behandlung der epidemischen Cholera bei Kindern von Prof. Dr. A. Monti. — Sep.-Abdr. a. d. *Internationalen klin. Rundschau*, 1887.

Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden, von Dr. Rudolph von Jaksch, Assist. der I. med. Klinik, Privatdocent f. innere Medicin a. d. U. Wien. Mit 108 z. Th. farbigen Holzschnitten. — Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1887.

Ueber die neueren Behandlungsweisen der Fettleibigkeit von Dr. W. F. Loebisch, o. ö. Professor a. d. med. Facult. Innsbruck. (Wiener Klinik, 1887, 1. u. 2. Heft, red. von Dr. Anton Bum.) — Urban & Schwarzenberg, Wien.

Annual Report of the Directors of Mount Sinai Hospital, New York; January, 1887.

The Surgical Treatment of Diseases of the Gall-bladder, by Dr. Justus Ohage (St. Paul, Minn.) — Repr. from *Phil. Med. News*, Febr., 1887.

Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht von Dr. Hermann Brehmer (Görbersdorf). — Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1887.

Periostitis, a lecture by Dr. N. Senn, reported by William Whitford. — Repr. from *Phil. Med. Times*, July, 1886.

Congenital Haemophilia, with the history of a remarkable case, by Dr. E. C. Wendt. — Repr. from *N. Y. Med. Record*, Feb., 1887.

Ueber den Einfluss der Ichthyolpräparate auf den Stoffwechsel von Prof. Dr. Zuelzer. — Sep.-Abdr. a. d. *Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, 1886, No. 12.

Rhinology in the Past and of the Future by Carl H. von Klein, M. D. (Dayton, O.); Reprint from *Journ. of Am. Med. Ass.*, Decbr. 18th, 1886.

Aerztliche Briefe über Diabetes mellitus von Dr. Wewer (Meiningen). S. Abdr. a. d. *D. Medizinal-Ztg.*, No. 86--95.

Sterility, by Wm. H. Wathen, M. D.; Reprint from *South-Western Med. Gazette*, January, 1887.

Report on Diseases of the Rectum; read before the *Kentucky State Medical Society*, June 24th, 1886. Louisville, Ky.

Management of the Secundines by Wm. H. Wathen, M. D.; Reprint from *Journ. of Am. Med. Ass'n*, June 19th, 1886.

Contribución à la Casuística de la Epididimitis sifilítica etc. por el Dr. Carlos Schadeck (de Kiev). — Sep. Abdr. a. d. *Revista especial*, Madrid; Aug. 1886.

Die Behandlung der Syphilis mittelst tiefer Injectionen des gelben Quecksilberoxyds in die Mm. glutei von Dr. Karl Schadeck (Kiew). — Sep. Abdr. a. d. *Wien. Med. Presse*, 1886.

Ueber Wirkung, therapeutischen Werth und Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes etc., von Dr. W. Jaworski (Krakau). Sep. Abdr. a. d. *Wien. Med. Wochenschr.*; 1886.

Beitrag zur klinischen Mikroskopie des Mageninhaltes, von Dr. W. Jaworski (Krakau). — Sep. Abdr. a. d. *Centrlbl. f. klin. Medizin*; 1886, No. 49.

The Therapeutical Drinking of Hot Water; its Origin and Use, by Ephraim Cutter, M. D., New York; W. A. Kellogg.

Dietetic Annual for 1887, Wells, Richardson & Co., Burlington, Vt.; 1887.

Die Findelpflege, von Dr. Robert Raudnitz (Prag). — Wien und Leipzig; Urban & Schwarzenberg; 1887.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Wissenschaftliche Zusammenkünfte deutscher Aerzte von New York.

Sitzung vom 28. Januar 1887.

Vorsitzender: Dr. A. Jacobi. Sekretär: Dr. M. Einhorn.

Herzhypertrophie etc. in Folge von chron. rheumat. Peri- und Endocarditis.

Dr. Jahn demonstrirt ein stark hypertrophisches Herz mit Verwachsungen am Herzen sowohl wie an der Brustwand; die Vorhof-Klappen und die Mitralis sind stenosirt.

Dr. Kudlich hat Pat., von dem die Präparate stammen, vor 3 Jahren gesehen und dabei eine bestehende Pericarditis wahrgenommen; vor 5 Jahren hatte Pat. einen Gelenkrheumatismus durchgemacht und es ist höchst wahrscheinlich, dass Pat. schon damals die Pericarditis acquirirt hat. Dieselbe hatte demnach 5 Jahre hindurch bestanden.

Dr. Seibert hat die Sektion eines 10-jährigen Knaben gemacht und berichtet im Anschlusse darüber:

Derselbe hatte beständig an Rheumatismus gelitten; zwei Wochen vor seinem Tode war die Herzdämpfung stark vergrössert, die Herztöne äusserst schwach.

Das Pericard fand S. verdickt und verwachsen vor.

Dr. A. Jacobi bemerkt, dass man bei Kindern nur äusserst selten pericarditische Verwachsungen antrifft.

Verschluckter Fremdkörper: Knäuel von Baumwollenfäden.

Dr. B. Scharlau zeigt eine zusammengeballte Masse von Baumwollenfäden vor, die ein Kind *per anum* entleert hat, und macht dabei folgende Angaben:

Das Kind war gut genährt, nur das Abdomen sehr aufgetrieben; Stühle sind diarrhöisch, doch enthalten sie keine unverdauten Massen. In der Ileocöcal-Gegend Dämpfung und das Gefühl einer Geschwulst vorhanden. Die Dämpfung verschwand zuweilen. Das Kind wurde nur diätetisch behandelt und bekam reine Wasserklystiere. Nach 5—6 Tagen war die vorgezeigte Masse entleert; die Fäden erschienen mazerirt. Später gingen einige Spulwürmer und ein grosses Stück Zeitungspapier und endlich wieder ein vereinzelter Baumwollenfaden ab. Der Leib war nachdem nicht mehr so aufgetrieben, doch bestehen die Durchfälle noch fort. Die Massen müssen sich lange im Darm befunden haben, denn im Hospitale nahm das Kind die zur Probe hingelegten Baumwollenfäden nicht zu sich. S. meint, es wäre interessant, zu wissen, wie lange solche Fremdkörper im Darme verweilen.

Dr. Willy Meyer erwähnt in Bezug auf letzteren Punkt einen Fall, in welchem eine verschluckte Schlundsonde nach genau 5 Wochen *per anum* abging.

Dr. A. Caillé ist der Ansicht, dass die jetzt noch bestehende Diarrhöe noch vom Reize der Fremdkörper abhängen dürfte; die Gefahr dabei scheine ihm nicht gross zu sein. So habe ihm eine Mutter von ihrem Kinde erzählt, dass dasselbe beständig Haare verschlucke, die aber dann immer ohne Beschwerden abgehen.

Dr. M. Einhorn bestätigt, dass Haare zwar gewöhnlich ohne Beschwerden durchgingen; doch können sie sich unter Umständen an einer Stelle anhäufen und bedeutende Störungen verursachen. So sei z. B. bei einem 18-jährigen Mädchen die Gastrotomie gemacht worden, um einen Tumor zu entfernen. Dieser Tumor erwies sich nun als aus

Haaren bestehend, welche Pat., die die Gewohnheit hatte, an ihren Zöpfen herumzubeissen, verschluckt und im Laufe der Jahre in ihrem Innern aufgespeichert hatte.

Sterilisirungs-Apparat für schneidende Instrumente.

Dr. Wagner demonstrirt einen solchen von Prof. Michel konstruirten Apparat, in welchem aber nur — der Hitze wegen — ganz aus Metall bestehende Instrumente sterilisirt werden können.

Er berichtet ferner über ein von ihm dargestelltes

Künstliches Mucin.

Dasselbe ist ein dem Nasensekrete aequivalentes Nährmedium für Kokken und Bazillen und zeigt W. Cholerabazillen und Pneumoniekokken vor, die sich auf diesem Medium entwickelt haben.

Ferner demonstrirt derselbe Typhus-, Anthrax- und Trachombacillen von Koch.

Tod eines Kindes in Folge eines Diätfehlers nach schwerer Diphtherie.

Dr. A. Caillé führt, zum Beweise, wie vorsichtig man mit der Nachbehandlung von Diphtherie sein muss, folgenden Fall an:

Ein Kind hatte einen Diphtherieanfall, bei dem der Belag unter Behandlung nach 5 Tagen weg war. Etwas später bekam das Kind Masern, dann nochmals eine schwere Attacke von Diphtherie, die 4—5 Wochen dauerte. Das Kind erholte sich sodann immer mehr und ging langsam der vollständigen Genesung entgegen. Allein etwa 8 Tage später nahm das Kind etwas Sauerkraut zu sich, worauf nach 2 Stunden heftige Kolik-Anfälle auftraten, die bald mit dem Tode endigten.

Dr. A. Seibert fragt, ob nicht Herzparalyse dabei im Spiele war.

Dr. A. Caillé meint, der Tod könne durch Herzparalyse bedingt sein, doch in Folge jenes Diätfehlers.

Dr. A. Jacobi fragt, ob Konvulsionen da waren.

Dr. A. Caillé verneint dies.

Dr. H. Klotz fragt, ob keine Nephritis vorhanden gewesen.

Dr. A. Caillé hat allerdings Eiweiss im Harn gefunden, doch weiss er nicht, ob auch Formelemente zugegen waren.

Dr. Seibert berichtet, dass das Kind mit chronischer Meningitis, welches er in der Oktober-Sitzung vorgestellt, gestorben sei. — (Die Diagnose wurde bei dem damals 5 Monate alten Kinde von S. auf Meningitis gestellt; obgleich die Symptome nicht klar ausgesprochen waren, so glaubte S. doch nach Analogie des Verlaufs diese Diagnose für die einzig richtige halten zu müssen. Bei einer 2-jährigen Schwester des Pat. hatte die durch die Sektion erwiesene Meningitis in ähnlicher Weise begonnen.) Der Puls war zuletzt auf 30 Schläge in der Minute heruntergegangen.

Dr. A. Jacobi, der früher im Zweifel war, neigt sich jetzt in Betreff der Diagnose der Ansicht Seibert's zu.

Pyonephrose; Operation, Heilung.

Dr. Willy Meyer berichtet einen von ihm operirten Fall von Pyonephrose. Pat. litt seit 3 Jahren an Nierenkolik; kleine Steine gingen zuweilen *per urethram* ab. Im November 1886 wurde ihm derselbe von Dr. Guttmann zugeführt. Der Urin enthielt Eiter und in der linken Lumbalgegend war ein fluktuirender Tumor zu fühlen. Pat. wurde am 30. November operirt. Beim Einschnitte wurde eine weite, mit Eiter angefüllte Höhle, bis zum *Os sacrum* reichend, gefunden. Die ganze Niere war nekrotisirt. M. entfernte die Fetzen mit dem scharfen

Löffel. Die Urethermündung konnte nicht entdeckt werden; sie schien verwachsen zu sein. Pat. blieb nach der Operation ohne Fieber. Harn war eiweissfrei. Auffallend ist, dass Pat. ohne weitere Folgen der vorangegangenen Infektion blieb — dass sich kein Amyloid - Zustand in der anderen Niere entwickelt hat.

Dr. L. Weber hat kürzlich einen Fall von Pyonephrose nach dem Deutschen Hospitale geschickt. Pat. fing im Jahre 1883 an, Eiter im Urin zu entleeren und kam immer mehr herunter; doch war es wahrscheinlich, dass die andere Niere noch gesund sei. Pat. wurde von Dr. F. Lange operirt und entleert jetzt Eiweiss im Urin, wahrscheinlich in Folge von Amyloid-Zustand der anderen Niere.

Epilepsia syphilitica.

Dr. L. Weber führt, zum Belege dafür, dass die Epilepsie auf syphilitischer Basis günstigere Resultate liefere, als sonst, folgende zwei Fälle an:

I. Patient, ein Amerikaner, wurde vor 10 Jahren infizirt und fing vor 2 Jahren an, an leichten epileptischen Anfällen zu leiden. An den Schienbeinen fanden sich Verdickungen vor. Pat. machte dreimal eine Schmierkur durch und gebrauchte nebenbei Jodkalium. Seit 1886 blieb er von jedem Anfalle frei.

II. Pat. wurde im Jahre 1882 infizirt und mit Merkurialien und Jodkalium behandelt. Am 1. December 1886 fiel Pat. auf der Strasse hin und blieb 2 Stunden bewusstlos. Er wurde nun einer Schmierkur unterworfen; doch schon bei der 30. Einreibung trat Salivation ein, und musste desshalb sistirt werden. Später bekam Pat. schnell hintereinander 3 epileptische Anfälle; es folgte ein Zustand von Demenz und unbedeutender Aphasie. Er wurde abermals eingerieben und erhielt schnell ansteigende Dosen von Jodnatrium. Seitdem kein Anfall.

Intubation der Larynx bei Diphtherie; Schluckpneumonie, Genesung.

Dr. Langmann berichtet folgenden Fall:

Bei einem Mädchen von 11 Jahren, bei welcher anfangs nur Röthung des Pharynx sich gezeigt, entwickelte sich nach Auftreten von einzelnen streifenartigen Belegen am dritten Tage, an dem sie aber schon heiser war, in der folgenden Nacht heftige Dyspnöe. L. führte die Intubation leicht aus. Der Zustand besserte sich; 4 Tage später wurde die Kanüle entfernt. Solange dieselbe im Kehlkopfe sass, wollte das Schlucken nicht gut glücken und Pat. wurde durch Klystiere ernährt. Nach der Entfernung machte die Ernährung keine Schwierigkeit mehr. Während dieser 4 Tage bestand immer Fieber und Pat. hustete; doch war physikalisch nichts Abnormes nachzuweisen. Erst am 5. Tage wurde R. H. U. eine leichte Dämpfung und Rasseln konstatirt—also katarrhalische Pneumonie. Später war das Fieber remittirend und geballte Sputa mit etwas Blut traten auf, was auf eine kleine Kaverne deutete. Jetzt ist das Mädchen fieberfrei.

Dass es sich in diesem Falle wirklich um Diphtherie gehandelt habe, beweist der Umstand, dass sowohl die Mutter, als auch noch eine 3-jährige Schwester der Pat. zur selben Zeit an einer Halskrankheit litten. Bei letzterer war der Belag über die rechte Tonsille verbreitet und das Kind starb am 3. Krankheitstage an allgemeiner Sepsis durch das diphtheritische Virus.

L. glaubt, dass die Pneumonie beim Verschlucken von Speisen durch Eindringen der letzteren durch die Kanüle hervorgebracht worden sei,

und räth desshalb, in allen Fällen von Intubation die Ernährung *per rectum* oder mit der Schlundsonde vorzunehmen.

Vom 11. Tage nach Entfernung der Kanüle an hat L. die Pat. laryngoskopirt. Zuerst war nur starke Röthung vorhanden; drei Tage später zeigten sich zwei Geschwüre an der *Spina superior* der falschen Stimmbänder. Dieselben rührten offenbar vom Drucke der Kanüle her, die nach hinten zu breiter ist. Anfangs konnte das Kind nur flüstern; jetzt fängt es bereits an, wieder mit Stimme zu reden.

Dr. A. Jacobi fragt, ob sich Membranen im Larynx vorgefunden haben. Es sei auffallend, dass das Kind so schnell frei wurde.

Dr. A. Schapringer bemerkt, dass O'Dwyer Sektionen bei Fällen von Intubation gemacht, jedoch nie Geschwüre im Larynx beobachtet habe.

Dr. Langmann berichtigt dahin, dass eines Geschwüres in einem Falle Erwähnung gethan wurde, doch wurde nicht angegeben, wo.

Dr. A. Caillé glaubt, dass der Fall L's. Glottisoedem gewesen; ein Katheter, zeitweise eingeführt, leistet in manchen solchen Fällen gute Dienste und eine Schluckpneumonie wird vermieden.

Dr. A. Jacobi bemerkt, dass das Röhrchen die Aspiration erleichtere; bei einem Falle von Intubation sei die untere Oeffnung des Röhrchens ganz verstopft, in einem anderen beinahe ganz verstopft gewesen. Es müsse daher die Intubation oft Pneumonie verursachen.

Dr. A. Langmann: Es werde angeführt, dass gerade kleine Kinder oft beim Husten aspiriren. Es wäre daher zu rathen, das Röhrchen öfter herauszunehmen, um es zu reinigen.

Dr. L. Weber hat an der Leiche die Intubation geübt und dieselbe leicht ausführbar gefunden. Die Pneumoniefrage würde W. nicht abhalten, die Intubation anzuwenden; denn bei der Tracheotomie habe er in 15 Fällen 8 Todesfälle an Pneumonie gehabt. Die Resultate von O'Dwyer seien ermuthigend, aber derselbe warne vor Herausnehmen und Wiedereinführen der Kanüle.

Dr. A. Seibert bemerkt, dass die katarrhalische Schwellung des Larynx bei Diphtherie sehr häufig vorkomme; dieselbe verschwinde jedoch schnell nach Applikation von Kälte oder von Blutegeln. S. wendet die Tracheotomie selten an; seiner Ansicht nach würde eine wirkliche Larynxstenose durch Membranen von der Kanüle kaum behoben werden.

Dr. Langmann erwidert darauf, dass die Kälte zwar zuweilen nütze, doch müsse man bei wegen drohender Lebensgefahr und schnell auszuführender Operation zur Intubation greifen.

Dr. A. Jacobi erwähnt, dass er eine ähnliche Beobachtung gemacht, wie Bouchut, der (erste) Erfinder der Intubation. Als derselbe behauptete, ein Mädchen habe ihm nach ausgeführter Intubation mit vernehmbarer Stimme Dank gesagt, wurde er von Trousseau wegen der physiologischen Unglaublichkeit dieser Thatsache heftig angegriffen. J. hat nun wirklich selbst auch ein Mädchen nach der Intubation besser reden hören, als vor derselben. Er glaubt, diese verblüffende Thatsache damit erklären zu können, dass in solchen Fällen die Luft nicht nur durch, sondern auch neben der Kanüle herausgehe, und so die Stimmbänder in Schwingungen versetzt.

Auf Dr. Schapringer's Anfrage, ob das Mädchen nur flüsternd oder mit Stimme geredet, erwidert

Dr. Jacobi, dass das Letztere der Fall gewesen.

Dr. L. Weber führt noch die Bemerkungen O'Dwyer's an, dass Membranen durch das Röhrchen ausgehustet werden und dass er dasselbe nie länger als 6 Tage einliegen lasse.

Verein Deutscher Aerzte von St. Louis.

Sitzung vom 18. Februar 1887.

Vorsitzender: Dr. Engelken.
Schriftführer: Dr. Riesmeyer.

Dr. Evers referirte einen Fall von hochgradiger Hysterie, welche einer Neuralgie der Ovarien und Retroversion des Uterus zugeschrieben wurde. Patientin blieb stets im Bett und klagte über Schmerzen im Leib und Erbrechen. Während des Erbrechens trat plötzlich der Tod ein. Kurz nach dem Tode waren alle Schleimhäute ausserordentlich blass, ähnlich wie beim Herzschlag. Bei der Sektion wurde die Magenschleimhaut etwas katarrhalisch injizirt gefunden. Nieren hyperämisch. In den Eierstöcken eine Anzahl kleiner Cysten. Herz klein und starke Fettauflagerung, nicht fettig degenerirt.

Dr. Luedeking hielt einen Vortrag über

„Coma Diabeticum."

Diskussion:

Dr. Baumgarten referirte Fälle von *Coma Diabeticum* bei denen vor Eintritt des Coma ein deutlicher Acetongeruch, sowohl in der Ausdünstung als auch im Athem, auftrat. Auch wurde Aceton im Urin durch die Eisenreaktion gefunden. B. vermuthet Aceton im Harn nach seiner Erfahrung mehr bei mageren als fetten Personen.

Dr. Luedeking bemerkt, dass Aceton und Aceto-Essigsäure auch im Harn von Nicht-Diabetikern vorkommen. Die Pathologie des Diabetes betreffend hebt Redner hervor, dass Dreschfeld in 7 aus 16 Fällen eine Koagulationsnekrose der Epithelien der gewundenen Harnkanälchen beobachtete.

Dr. Evers bemerkt, dass Ehrlich dreizehnmal in 14 Fällen Glykogeninfiltrat in den Henle'chen Schleifen fand. Nach Senator kommt bei fetten Personen das Aceton im Harn überhaupt nicht vor.

Dr. Fischel referirte einen Fall von Diabetes bei einem vierzigjährigen Manne, mit folgendem Sektionsbefunde: Linke Lunge vorn und hinten adhärent und käsig entartet. Rechte Lunge pneumonisch infiltrirt. Leber nicht vergrössert, etwas hyperämisch. Nieren hyperämisch etwas vergrössert. Linke Niere grösser als rechte; Magen- und Darm-Muscularis hypertrophisch. Magen zur Hälfte voll von reinem Eiter. Magen- und Darmschleimhaut nekrotisch, sich in Fetzen leicht ablösen lassend. Pankreas atrophisch. — Patient hatte sich bis wenige Tage vor seinem Tode verhältnissmässig wohl befunden und war wegen Heiserkeit und Husten zum Arzte gegangen. Da derselbe schon vor zwei Jahren Diabetes hatte, wurde der Urin untersucht, welcher grosse Mengen Zucker enthielt. Appetit war gut, nicht übermässig. In der letzten Nacht hatte Patient etwa ein halbes Nachtgeschirr voll Eiter und Schleim expektorirt und erbrochen. F. nimmt als Ursache der massenhaften Eiter- und Schleimabsonderung eine Nekrose aller Schleimhäute in Folge von Diabetes an.

Dr. Schwarz referirte einen Fall, wo das Coma Diabeticum nach einem Abortus auftrat. Sechs bis sieben Tage nach dem Abortus starb Patientin unter den Symptomen einer Verblutenden. Puls fliegend und fadenförmig. Respiration verlangsamt.

Dr. Richter referirte einen Fall von Vergrösserung der Leber bei einem fünfjährigen Jungen, wo heftiges und wochenlang anhaltendes Erbrechen, Ascites, Hydrops des Gesichts, der Hände und

Füsse auftrat. Die Untersuchung des Urins ergab nichts Wesentliches. Herz gesund. Patient schwitzte Tag und Nacht und klagte über nichts als Erbrechen. Jetzt ist der Hydrops verschwunden und nur noch eine Spur von Ascites vorhanden. Die Oberfläche der Leber ist glatt. Leberdämpfung reicht bis über den Nabel hinaus. Empfindlichkeit auf Druck ist nicht vorhanden. Behandlung: Indifferent.

Dr. Engelken, welcher den Fall ebenfalls sah, bemerkt, dass keine Milzschwellung vorhanden, die untere Thoraxapertur sich wie bei Ovarientumoren verhielt und die Bauchvenen nicht geschwollen waren. Kein Icterus.

Dr. Gerling schilderte einen Fall von bedeutend vergrösserter Leber bei einem elfjährigen Mädchen, welches wegen seines geschwollenen Leibes zu ihm kam. Patientin sonst gesund. Kein Fieber, kein Icterus. Milz nicht vergrössert. Der Fall machte anfangs den Eindruck eines Ovarientumors.

Dr. Richter berichtete einen analogen Fall.

Deutsche Medizinische Gesellschaft von Philadelphia.

Sitzung vom 11. April 1887.

Vorsitzender: Präsident Dr. F. H. Gross.
Sekretär: Dr. Geo. Mühleck.

Nach einer kurzen Exekutivsitzung erhält
Dr. John S. Miller das Wort zu seinem

Bericht eines Falles von Trigeminusneuralgie.

(Derselbe ist in dieser Nummer S. 230 abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. F. H. Gross berichtet einen Fall von Neuralgie des *N. supramaxillaris* und des *N. mandibularis*, wobei er durch Unterbindung der *A. Carotis communis* und Trepanation des Unterkiefers mit Resektion des *N. mandibularis* vollständige Heilung erzielte. Eine genauere Beschreibung des Falles findet sich in dem *American Journal of the Medical Sciences* (April 1883).

Druck auf die *Carotis communis* gab während eines Anfalles entschiedene Erleichterung im Gebiete des *N. supramaxillaris*, während der Schmerz in dem *N. mandibularis* unbeeinflusst blieb. Die Operation fand am 19. October 1880 im Deutschen Hospital hier statt. Die *Carotis communis* wurde mit carbolisirter Seide unterbunden; die Heilung ging schnell und ohne Zwischenfall von statten, auch zeigte Patient zu keiner Zeit irgend welche Gehirnsymptome. Acht Monate später wurde der Unterkiefer trepanirt und der *N. mandibularis* resezirt, worauf vollständige Heilung. Zum Schlusse macht G. noch auf die grossen Gefahren eines so ernsten Eingriffes wie Unterbindung der *Carotis communis* aufmerksam, und demonstrirt dann die verschiedenen hier einschlagenden Operationsverfahren am geöffneten Schädel.

Dr. Mays: Die Ligatur der Carotis verursacht bei Thieren epileptische Erscheinungen. Beim Menschen hat man vorgeschlagen, sie bei

Epilepsie zu machen. Redner glaubt nicht, dass dieser Plan je weitere Anwendung finden werde.

Dr. Muehleck fragt, ob man schon nach sechs Monaten berechtigt sei, den Kranken als definitiv geheilt zu erklären, da Fälle von Rezidiven nach dieser Zeit verzeichnet sind.

Dr. Gross sah häufig Rezidive nach Resektion des *N. mandibularis*, nie aber nach Resektion des *N. infraorbitalis*.

Dr. Seiler sah bei vasomotorischen Neuralgieen entschiedenen Nutzen von der Elektrizität, aber niemals bei patholog. Zuständen des Nerven selbst. In Fällen von Hay-Fever leistet die Elektrizität, auf die leidende Schläfe angewandt, Vieles.

Dr. Gross versuchte bei mehreren Fällen Elektrizität; allerdings verband er damit die innerliche Anwendung von Chinin und Arsen mit günstigem, wenn auch nur temporärem, Erfolg. In einem Falle sind die Anfälle schon 3 Jahre ausgeblieben.

Dr. Wolff hält die Aetiologie vieler Fälle von Trigeminus-Neuralgie für dunkel. Bei solchen Fällen, die auf einer Erkrankung eines entfernten Organs beruhen, glaube er von der Resektion nichts erwarten zu können, dagegen sah er von der innerlichen Anwendung des Butylchlorals recht günstige Wirkungen.

Dr. Weed fragt den Vortragenden, wann er die Resektion des Nerven für indizirt hält.

Dr. Miller hält die Operation für indizirt, wenn die innerliche Behandlung einige Monate fortgesetzt worden ist, nicht zum Ziele geführt hat und keine ätiologischen Momente dagegen sprechen. Zum Schlusse theilt

Dr. Wolff einen interessanten Fall von *Atresia Vaginae* und *Absentia Uteri* bei einem sonst gesunden und voll entwickelten Frauenzimmer mit.

Humoristica aus der Praxis.

Das verschwundene Röhrchen.

Ein Sprössling einer eingewanderten Familie, welche sich nicht weit von *Hester St.* niedergelassen, erkrankte an Croup, wurde „intubirt," und starb. Darin liegt nichts Ungewöhnliches; das Sonderbare aber war, dass das Intubationsröhrchen, welches sich zu holen der behandelnde Arzt kam, als ihm der Tod berichtet worden war, verschwunden schien. Jedenfalls war es im Halse des Kindes nicht mehr zu finden.

„Das Röhrchen ist höchstwahrscheinlich hinabgerutscht; ich muss das Kind öffnen und danach suchen!" erklärt der Arzt. Die Lamentationen und Proteste, die sich darob erhoben, waren natürlich sehr laut, wenn auch nicht gerade sehr schön anzuhören. Aber es half nichts, der Arzt verweigerte den Todtenschein und drohte mit dem Coroner, und so gelang es ihm denn endlich, die Leiche des Kindes öffnen und nach seinem Röhrchen suchen zu können. Zu seinem grössten Erstaunen war jedoch keine Spur des gesuchten Gegenstandes im Innern zu finden. Nachdem der Jünger Aeskulap's lange und sorgfältig die Eingeweide explorirt und sich hierauf beinahe eben so lange und beinahe eben so sorgfältig die Hände gewaschen, zog er kopfschüttelnd von dannen.

An einem der nächsten Tage, als er sich wiederum in der Nachbarschaft befand, trat ein Landsmann und Glaubensgenosse des Vaters

jenes Kindes mit verschmitzt geheimnissvollem Lächeln auf ihn zu und sagte:

„Möchten Sie vielleicht wissen, Herr Doktor, was ist gewesen mit dem Röhrchen, was Sie nicht haben können finden in dem Heymann Levi seinem Kind? Ich werd's Ihnen sagen. Er hat geglaubt, es wär' von Gold und hat's eingeschmolzen!" Sprach's und verschwand hohnlächelnd!

Der schlaue „John."

Ein Kollege, welcher vom Lande nach New York zurückkehrte, wurde benachrichtigt, dass das Haupt einer Familie, bei welcher er seit Jahren Hausarzt gewesen, vor einigen Tagen plötzlich gestorben sei; doch sei die Frau von dem Todtsein ihres Gatten nicht überzeugt, und da sie natürlich denselben vor dem Lebendigbegrabenwerden schützen wollte, so solle er doch noch einmal hinkommen und konstatiren, ob der Tod wirklich eingetreten sei.

Der Arzt ging hin, um zur Beruhigung der Frau eine Untersuchung vorzunehmen. Der Todte lag schon aufgebahrt, mit schwarzem Leibrock, weisser Binde etc. angethan, im Sarge; die üblichen Kerzen brannten und reiche Blumenspenden standen und lagen umher. Der Leichenbesorger mit seinem Gehilfen war anwesend, und Letzterer gab sich besondere Mühe, den Gedanken, dass der Verstorbene scheintodt sei, für eine unhaltbare Theorie und lächerliche Einbildung zu erklären.

Als er aber sah, dass der Arzt zur Beruhigung der Frau dazuschritt, den Sargdeckel entfernen zu lassen, da verschwand „John" aus dem Zimmer. Warum, das wurde bald klar; denn als der Sargdeckel abgehoben war, da präsentirte sich die Leiche in einem sonderbaren Anzuge. Unter dem schwarzen Leibrocke sah nämlich das Hemd hervor, und unter diesem die nackten Beine.

Der schlaue „John" wurde wieder hereinzitirt und gestand, dass er die neuen schwarzen Hosen, welche die pietätvolle Frau für ihren Gatten hatte bauen lassen, annektirt hatte; es that ihm der Gedanke zu weh, dass die schönen neuen Hosen so nutzlos in der Erde verderben sollten. Er hatte sie daher mitgehen heissen, zumal da der Entschlafene, wie er als Milderungsgrund angab, gerade von seiner Grösse und Statur war!

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

H. IMHOF,
APOTHEKER,
189 East Broadway, cor. Jefferson Street,
NEW YORK.

THOMAS LATHAM,
APOTHEKER,
3. Ave. & 75. Street, NEW YORK.
(vormals bei EIMER & AMEND),
erbittet sich die Patronage der Profession. Aerzten die Zusicherung, dass ich Recepte *lege artis* und mit ausschliesslicher Benützung der besten Droguen bereite.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW YORKER

MEDIZINISCHE PRESSE.

Organ für die Vereine Deutsch-Amerikanischer Aerzte.

VIERTER BAND.

NEW YORK:
Druck der Cherouny Printing & Publishing Company.
1887.

INDEX

Zu Band IV.

der "New Yorker Medizinischen Presse."

Seite

Abdominal Aneurism, cure of —, by Loreta's method ... 188
Abdominal organs, a case of Scirrhus of —, in a young child ... 67
Abführmittel, ein gutes ... 245
Abführmittel, Versuche über perishtatische Bewegung und über —, ... 241
Abortivbehandlung des Furunkels ... 149
Acute cerebro — spinal meningitis due to chronic suppurative otitis ... 23
Adonide et son principe glycoside l'adonidin, de l'—, ... 232
Aerzte, fashionable —, am Hofe Louis' XIV ... 139
Aetiologie der Chorea, Beiträge zur —, ... 63
Aetiologie, Einleitung zur Diskussion der —, und Therapie der Cholera infantum ... 97
Aetiologisches Moment des Nasenkatarrhs; über die knorpligen Auswüchse der Nasenscheidewand, als ... 8
Aeussere Umgebung (Environment), über den Einfluss der — auf die Entwicklung bacillärer Phthise ... 129
Akute Coryza, zur Therapie der —, ... 190
Alter Abscess im Gehirn. (Siehe Otitis media.) ... 23
Altersstaar, über Extraction des —, ohne Iridektomie ... 215
Amblyopia, an interesting case of Tobacco — in a lady ... 26
Amblyopieen, Intoxications —, über —, ... 13
Amputation, zur Technik der Unterschenkel —, ... 189
Analyse, Beiträge zur mikroskopischen Harn —, ... 123
Antaphrodisiacum, Kaffee ein —, ... 233
Aneurism, cure of abdominal — by Loreta's method ... 188
Angina, Salol gegen Sordes,— und Stomatits ... 244
Anhydro—Ortho—Sulfamin—Benzoesäure ... 184
Anilin, Heilung der Schwindsucht durch Sättigung der ganzen Blutmasse mit —, ... 234
Anilin-Vergiftung, über —, ... 232
Ankle–Clonus, note on —, as a symptom in certain forms of nervous disease ... 67
Ansteckende Krankheiten, Isolirung von an—Befallener ... 106
Antifebrin, Beiträge zur Pharmakodynamik des —, ... 243
Antipyrin—Injectionen, über subkutane —, ... 241
Antirheumaticum und Antisyphiliticum ... 244
Antisyphiliticum and Antirheumaticum ... 244
Antrophor, ein neues Instrument zur Behandlung von Krankheiten der männlich. Harnröhre, des Nasenrachenraums, des Thränenkanals und von Fisteln, Stich-und Schnittwunden ... 177
Antrum mastoideum, Cholesteatom Massen im —, ... 23
Aortenaneurisma, ein Fall von Spasmus Glottidis bedingt durch —, ... 191
Arzneistoffe, über die Einwirkung von — auf die Magenbewegungen ... 68
Atresia of the female genital canal, vide Gastrovaginalfistel etc ... 67
Atrophie des linken M. sternocleidomastoideus und M. trapezius und linksseitiger Rekurrenslähmung ... 189
Atrophie, Nasal Catarrh, Thymol in the treatment of —, ... 191
Aural Catarrh, a new method of treating chronic —, ... 21
Ausscheidung, Studie über die Beziehungen von Speichel und Schweiss zur —, ... 239
Auswüchse, knorplige, der Nasenscheidewand als aetiologisches Moment des Nasenkatarrhs, so wie deren Beseitigung ... 8
Bacilläre Phthise, über den Einfluss der äusseren Umgebung auf die Entwicklung der —, ... 129
Benzoesäure, Anhydro — Ortho — Sulfamin —, ... 184
Berliner Mediz. Gesellschaft, die Debatte über Kurpfuscherei in der —, ... 112
Beschäftigungsschwäche der Stimme, Mogiphonie, über die —, ... 190
Betol ... 109
Beziehungen von Schweiss und Speichel zur Ausscheidung, Studie über —, ... 239
Blut, über Zucker im —, mit Rücksicht auf Ernährung ... 62
Blutmasse, Heilung der Schwindsucht durch Sättigen der ganzen —, mit Anilin ... 234
Brustwirbel, Cäries der unteren — und oberen Lendenwirbel, Heilung ... 226
Bücherschau ... 27, 78, 119, 159, 201, 253
Calculus, Renal, treatment of —, ... 235
Carcinom, Erfolge bei Larynx — Exstirpationen wegen —, ... 245
Carcinoma uteri, über d. neuesten Standp. in der Therapie der —, ... 50
Caries der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel, Heilung ... 226
Cataract-Extraction without Iridectomy ... 25
Cataract, Patients, the new treatment of —, ... 26
Catarrh, atrophic, nasal, Thymol in the treatment of —, ... 191
Catarrh, aural, chronic, a new method of treating —, ... 21
Cerebro-Spinal —Meningitis, acute, due to chronic suppurative otitis ... 23
Chirurgie, Referat ... 187
Chirurgische Behandlung der tuberkulösen Larynxphthise, ein Beitrag zur ... 155
Chloroform, die Verwendung von Sauerstoff bei der Inhalation von —, ... 81
Cholera Infantum, Einleitung zur Discussion ... 97
Cholera-Kulturen, was wächst aus alten — ? ... 56
Cholesteatom-Massen im Antrum Mastoideum ... 23
Chorea, Beiträge zur Aetiologie der —, ... 63
Chorea, gravidarum, ein Fall von —, ... 47
Circumcision, ein Fall von Impf.-Tuberculose in Folge von ritueller —, ... 1
Clonus, Ankle —, note on —, ... 67
Compound Salicylated Plaster in Dermatological and Surgical Practice, on the advantage of —, 187
Congenital Stenosis, seven cases of —, and one of Traumatic Stenosis etc ... 67
Congress, ein südamerikanischer —, ... 179
Congress, neunter internat. medizinische —, ... 104, 110
Correspondenzen ... 252
Coryza, zur Therapie d. akuten —, ... 190
Dammriss, über Dammschutz und primäre Operationen des —, ... 207
Dammschutz über — und primäre Operationen des Dammrisses ... 207
Debatte über Kurpfuscherei in der Berliner mediz. Gesellschaft ... 112

Seite
Diabetes insipidus, über die hereditäre Form des —, ... 238
Diabetes, über lipogenen —, ... 240
Dilated Stomach, death after washing out a —, ... 236
Diphtherie, ein Prophylaticum gegen —, ... 192
Domo, pro —, ... 70
Doppelbruch der Wirbelsäule und Schiefbruch des Oberschenkels ... 173
Durchlocherung des Trommelfells bei eitriger Mittelohrentzündung. Siehe Osteom in der Warzengegend etc ... 24
Ear, a unique case of injury ... 21
Editorielle Notizen ... 71
Editorielles ... 70, 104, 149, 181, 230
Eierklystire, über die Ernährung mit Pepton — und Eierklystiren ... 101
Einwirkung von Arzneistoffen auf die Magenbewegungen ... 68
Ernährungsklystire, Vorschrift für —, ... 152
Ernährung, über Zucker im Blut, mit Rücksicht auf —, ... 62
Erysipelas, die Heilwirkung des —, bei einzeln. Krankheitsformen ... 233
Exstirpationen d. Larynx wegen Carcinom, Erfolge bei —, ... 245
Extraction (Cataract), without Iridectomy ... 25
Extraction des Altersstaars ohne Iridectomie ... 215
Fashionable Aerzte am Hofe Louis' XIV ... 139
Feststellbarer Kehlkopfspiegel, ein —, ... 189
Fett, über die Fähigkeit der Leber, Zucker aus — zu bilden ... 64
Fisteln, Antrophor, ein neues Instrument zur Behandl. von Krankheiten—, ... 177
Forcirte Wasserinjectionen in's Ohr ... 23
Furunkel, Abortivbehandlung des —, ... 149
Galvanocautery in the treatment of Papilloma of the Larynx ... 191
Gastroenterostomie, die —, an der Strassburger chirurgischen Klinik ... 187
Gastrovaginalfistel, — Seven cases of Congenital and one of Traumatic Stenosis or Atresia of the female genital canal ... 67
Gaumenlähmung, ein Fall von Hemiatrophie der Zunge mit linksseitiger —, ... 189
Gehirnabscesse, zur Diagnostik und Behandlung der ... 23
Geisteskranke, Wirkungsweise des Hypnon bei —, ... 236
Glottidis Spasmus, ein Fall von —, bedingt durch Aortenaneurysma ... 191
Glycoside l'adonidin ; de l'adonide et de son principe —, ... 232
Glycosurie au cours de la scelérose en plaques ... 152
Haemoglobinurie ... 40
Handgriff (practischer) bei der Tracheotomie ... 232
Harnanalyse, Beiträge zur mikroskopischen —, ... 123
Harnröhre, (männliche), der Antrophor ein neues Instrument zur Behandl. von Krankheiten der männlichen —, ... 177
Hay-fever, on a speedy and sometimes successful method of treating —, ... 190
Hemianopsia, a case of Tumor of the left Occipital Lobe with right Homonymous —, ... 25
Hemiatrophie der Zunge mit linksseitiger Gaumenlähmung etc ... 189
Hereditäre Form des Diabetes insipidus, über die —, ... 238
Herniotomy, a new operative procedure intended to supplant —, ... 188
Herznerven, zur Pathologie der —, ... 237
Höhenklima und Lungenschwindsucht ... 142
Homonymous Hemianopsia (right) with Tumor of the left Occipital Lobe ... 25
Humoristica aus der Praxis ... 256
Hypnon, Wirkungsweise des —, bei Geisteskranken ... 236
Impf-Tuberculose, ein Fall von —, in Folge von ritueller Circumcision ... 1
Infektions-Krankheit, ist der Tetanus eine — ? ... 188
Injektionen, über subkutane Antipyrin —, ... 241
Innere Medizin und Kinderheilkunde ... 70
Innere Medizin und Pathologie ... 101
Innere Medizin, Pathologie und Therapie ... 152
Intoxications-Amblyopieen ... 13
Intubation ... 156
Intubation des Larynx ... 17
Intubation of Larynx ... 156
Intubation versus Tracheotomie ... 92
Iodol, die therapeutischen Wirkungen des —, bei Ohreneiterungen ... 22
Iridektomie, über Extraction des Altersstaares ohne—, ... 215
Iridectomy, on Cataract-Extraction without —, ... 25
Isolirung von an ansteckenden Krankheiten Befallener ... 106
Kaffee, ein Antaphrodisiacum ... 233
Kehlkopfschwindsucht, über Tracheotomie bei —, ... 155
Kehlkopfspiegel, ein feststellbarer —, ... 189
Kehlkopf- und Lungentuberculose, zur Behandlung der —, ... 156
Kinder, Rheumatismus bei —, ... 165
Kinderheilkunde und Innere Medizin ... 70
Kongress, neunter internationale medizinische —, ... 104, 110
Kongress, ein süd-amerikanischer —, ... 179
Kreislaufstörungen, über den Einfluss der Schwitzbäder auf die —, ... 238
Kurpfuscherei, Debatte über die —, in der Berliner mediz. Gesellschaft ... 112
Kussmaulsche Magenausspülung bei Peritonitis, über die —, ... 66
Lachrymal Probes, a decided improvement in the construction of —, ... 25
Langenbeck Bernh. von, Nekrolog ... 181
Laryngis, Pachydermia —, ... 190
Laryngologie und Rhinologie ... 189
Larynx-Exstirpationen wegen Carcinom, Erfolge bei —, ... 245
Larynxgeschwüre (tuberkulöse), über die Heilbarkeit der —, ... 155
Larynx, Intubation des —, ... 17
Larynxintubation, über —, ... 156
Larynx-Phthise auf dem Naturforscher-Tage 1886 ... 155
Larynx, the Galvanocautery in the treatment of Papilloma of the —, ... 191
Larynx-Phthise (tuberkulöse), Beitrag zur chirurgisch. Behandl. der —, ... 155
Larynx-Phthise, zur Therapie der —, ... 155
Leber, über die Fähigkeit der —, Zucker aus Fett zu bilden ... 64
Lendenwirbel, Caries der unteren Brust- und oberen —, Heilung ... 226
Lipogener Diabetes, über —, ... 240

Seite

Loreta's Method, cure of abdominal Aneurism by —, ... 188
Louis XIV, Aufzeichnungen über die fashionablen Aerzte am Hofe —, ... 139
Lungenschwindsucht und Höhenklima ... 142
Lungen- und Kehlkopf-Tuberkulose, zur Behandlung der—, ... 156
Magenausspülung, die Kussmaulsche —, bei Peritonitis ... 66
Magenbewegungen, über die Einwirkung von Arzneistoffen auf die —, ... 68
Mageninhalt, über das Tropäolin-Papier als Reagens auf freie Salzsäure im —, ... 242
Magenkrankheiten, die neuere Diagnostik und Therapie der —, ... 134
Martin, Dr., im Vereins und Logen Hospital ... 108
Mastdarmbruch, über Operation des —, ... 187
Membrana tympani, painless ulceration and perfection of the —, ... 22
Meningitis, Cerebro-spinal, acute, due to chronic suppurative otitis ... 23
Mikroskopische Harn-Analyse, Beiträge zur —, ... 123
Mittelohrentzündung, eitrige —, mit Durchlöcherung des Trommelfelles ... 24
Mittelohr, Polyp im—, Otitis media etc ... 23
Mogiphonie, über die Beschäftigungsschwäche der Stimme ... 190
Nabelschnur, vorgefallene —, ... 46
Nasal-Catarrh, Thymol in the treatment of Atrophic —, ... 191
Nasenkatarrh, über die knorpligen Auswüchse der Nasenscheidewand als ätiologisches Moment des —, so wie deren Beseitigung ... 8
Nasen-Rachenraum, der Antrophor ein neues Instrument zur Behandlung von Krankheiten des —, ... 177
Nasenscheidewand, über die knorpligen Auswüchse der —, als ätiologisches Moment des Nasenkatarrhs, so wie deren Beseitigung ... 8
Notizen ... 254
Ohreneiterungen, die therapeutischen Wirkungen des Iodols bei —, ... 22
Ohrenpolypen, über ein einfaches Verfahren zur Entfernung der —, ... 23
Ophthalmologie ... 25
Oreilles, Plaie des deux —, par ball de revolver ... 22
Osteom in der Warzengegend, durch Operation entfernt ... 24
Otitis, Chronic suppurative —, acute cerebro-spinal meningitis due to —, ... 23
Otitis media ... 23
Otologie ... 21
Otorrhoea, Chronic purulent —, its nature and treatment ... 21
Pachydermia Laryngis ... 190
Papilloma of the Larynx, Galvanocautery in the treatment of —, ... 191
Papoid, Note on ... 103
Paracusis Willisii, zur —, ... 22
Pathologie und Innere Medizin 101
Pathologie, Innere Medizin und Therapie ... 155
Peptonernährung und Zubereitung einer Peptonsuppe ... 68
Pepton-Klystire, über die Ernährung mit Pepton — und Eierklystiren ... 101
Perforation and painless ulceration of the Membrana tympani ... 22
Perforation on certain technical details relating to — of the mastoid process ... 24
Peristalische Bewegung, Versuche über —, und über die Wirkung der Abführmittel ... 241
Peritonitis, über die Kussmaulsche Magenausspülung bei —, ... 66
Personalien ... 121
Pharmakodynamik des Antifebrins, Beiträge zur ... 243
Phthise d. Larynx, die —, auf dem Naturforscher-Tage 1886 ... 155
Phthise, über den Einfluss der äusseren Umgebung auf die Entwickelung bacillärer —, ... 129
Plaster (compound salicylated), on the advantage of a —, in Dermatological and Surgical practice ... 187
Polyp im Mittelohr ... 23
Pro Domo ... 70
Prostatomy ... 188
Purpura fulminans, über zwei Fälle von —, ... 65
Purulent otorrhoea (chronic), its nature and treatment ... 21
Quillajasäure, über —, ein Beitrag zur Kenntniss der Saponingruppe ... 101
Rachenraum, der Antrophor ein neues Instrument zur Behandlung von Krankheiten des—, ... 177
Rekurrenslähmung (linksseitige). Siehe Ein Fall von Hemiatrophie der Zunge ... 189
Renal Calculus, treatment of —, ... 235
Rheumatismus bei Kindern ... 165
Rhinologie und Laryngologie ... 189
Rituelle Circumcision, ein Fall von Impf-Tuberculose in Folge von —, ... 1
Salicylated Plaster, on the advantage of a compound —, in Dermatological and Surgical practice ... 187
Salzsäure (freie) im Mageninhalt, über das Tropäolin — Papier als Reagens auf —, ... 242
Salol gegen Sordes, Angina und Stomatitis ... 244
Salol, über die Heilwirkung des ... 153
Sanitäts-Kongress, ein süd-amerikanischer —, ... 179
Saponingruppe, über Quillajasäure, ein Beitrag zur Kenntniss der —, ... 101
Sauerstoff, die Verwendung von —, bei der Inhalation von Chloroform ... 81
Schusswunde und schwere Verbrühung ... 192
Schweiss und Speichel, Studie über deren Beziehungen zur Ausscheidung ... 239
Schwindsucht, Heilung der —, durch Sättigen der ganzen Blutmasse mit Anilin ... 234
Schwitzbäder, über den Einfluss der —, auf die Kreislaufstörungen ... 238
Scirrhus of abdominal organs in a young child, a case of —, ... 67
Sclérose en plaques, Glycosurie au cours de la —, ... 152
Sitzungsbericht: der deutschen medizinischen Gesellschaft von Philadelphia ... 40
" d. mediz. chirurg. Gesellsch. deutscher Aerzte v. N. Y. u. Umgeb..73, 115, 193, 246
" des Vereins deutscher Aerzte in San Francisco ... 38, 157
" des Vereins deutscher Aerzte in St. Louis ... 36, 72
" der wissenschaftlichen Zusammenkünfte deutscher Aerzte in New York ... 249
Spasmus Glottidis, ein Fall von —, bedingt durch Aortenaneurysma ... 191
Speichel und Schweiss, Studie über deren Beziehungen zur Ausscheidung ... 239
Stenosis Traumatic, cases of —. Siehe Gastrovaginal-Fistel etc ... 67
Stimme, über die Beschäftigungsschwäche der —, Mogiphonie ... 190
Stomach, (dilated), death after washing out a —, ... 236
Strassburger chirurgische Klinik. Die Gastroenterostomie an der —, ... 187
Subkutane Antipyrin—Injectionen, über —, ... 241
Suppurative Otitis (chronic), acute cerebro-spinal meningitis due to —, ... 23

Seite
Taubstummheit zu bessern, Versuche die —, ... 236
Technik des Ohrenausspritzens, Bemerkungen über die —, ... 23
Technical details relating to perforation of the mastoid process ... 23
Technik der Unterschenkel — Amputation ... 189
Tetanus. Ist — eine Infektions Krankheit? ... 188
Therapie, Innere Medizin und Pathologie ... 152
Therapeutische Notizen ... 192, 244
Therapeutische Wirkung des Iodols bei Ohreneiterungen ... 22
Thymol in the treatment of Atrophic Nasal Catarrh ... 191
Tobacco — Amblyopia in a lady, an interesting case of —, ... 26
Toxine ... 230
Tracheotomie, ein practischer Handgriff bei der —, ... 232
Tracheotomie, Intubation versus —, ... 92
Tracheotomie bei Kehlkopf-Schwindsucht, über die —, ... 155
Traumatic Stenosis, or Atresia of the female genital canal ... 67
Trommelfell, Durchlöcherung des —, bei eitriger Mittelohrenentzündung ... 24
Tuberkulose, (Impf —), ein Fall von —, in Folge ritueller Circumision ... 1
Tuberkulöse Larynxgeschwüre, über die Heilbarkeit der —, ... 155
Tuberkulöse Larynx-Phthise, ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der —, ... 155
Tumor of the left Occipital Lobe, a case of —, with right Homonymous Hemianopsia ... 25
Ulceration (painless) and perforation of the Membrana Tympani ... 21
Unterschenkel-Amputation, zur Technik der —, ... 189
Verbrühung (eine schwere) und eine Schusswunde ... 192
Vergiftung, über Anilin —, ... 232
Warzenfortsatz, 100 Fälle von operativer Eröffnung des —, ... 24
Warzenzellen, Eröffnung der —, ... 24
Wasserinjectionen in's Ohr, über forcirte —, ... 23
Wirbelsäule, Doppelbruch der —, und Schiefbruch des Oberschenkels ... 173
Wirkungsweise des Hypnon bei Geisteskranken ... 236
Wirkungen (therapeutische) des Iodols bei Ohreneiterungen ... 22
Zucker aus Fett zu bilden, über die Fähigkeit des Leber —, ... 64
Zucker im Blut, mit Rücksicht auf Ernährung ... 62
Zunge, ein Fall von Hemiatrophie der —, mit linksseitiger Gaumenlähmung ... 189

Verzeichniss

der in Band IV. der *"New Yorker Medizinischen Presse"* besprochenen Bücher, Monographien, Etc.

Mittheilungen aus dem Kölner Bürgerhospital. 1. Heft: Osteoplastische Resektion des Manubrium Sterni. Prof. Dr. Bardenheuer. 2. Heft: Die Querexcision der Fusswurzelknochen. Dr. I. Schmidt ... 27
Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre. Dr. C. A. Ewald ... 29
Spinal Irritation (Posterior Spinal Anaemia). Dr. Wm. A. Hammond ... 31
Antiseptic Midwifery. Dr. H. J. Garrigues ... 32
Fracture of the Base of the Cranium. Dr. T. Hyde ... 33
The Mechanism of Indirect Fractures of the Skull. Dr. C. W. Dulles ... 34
Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende. Dr. A. Baginsky ... 78
Pregnancy, Parturition, and the Puerperal State, and their complications. Dr. P. F. Mundé ... 78
Der elektro-physiologische Leitungswiderstand des menschlichen Körpers für die Elektro-Diagnostik. Drs. R. Stinzing und E. Graeber ... 119
Gastrovaginalfistel. Dr. I. R. Chadwick ... 120
Ueber vorübergehende Glykosurie in chirurgischen Krankheiten. Dr. I. Redard ... 120
Die sedative Wirkung des Antipyrin und Antifebrin auf Rückenmark und Medulla. Drs. Chouppe und Bonnot ... 120
Die Geschichte der Laryngologie von den frühesten Zeiten bis zur Gegenwart, von Dr. O. Koerner ... 159
Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfs, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. II. Liefer, von Dr. Schrötter ... 159
Wörterbuch der Augenheilkunde. Dr. Hirschberg ... 160
The Treatment of Haemorrhoids. Dr. B. Kelsey ... 160
Diseases of the Heart, von Dr. Dujardin-Beaumetz. Translated by Dr. E. P. Hurd ... 161
Diarrhoea and Dysentery; Modern views of their Pathology and Treatment. Dr. A. B. Palmer. 161
The Surgical Treatment of Diseases of the Gall-Bladder. Dr. I. Ohage ... 161
Ueber die neueren Behandlungsweisen der Fettleibigkeit. Dr W. F. Loebisch ... 162
Der derzeitige Standpunkt der Schutzimpfungen. Dr. O. Beumer ... 201
Feeding Patients against their Appetite. Dr. E. Cutter ... 201
Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei Diabetes mellitus. Dr. A. Pollatscheck ... 202
Importance and Value of Experimental Research. Prof. Dr. Senn ... 202
Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten nach für Arzte gehaltenen Vorträgen bearbeitet. Dr. A, Martin ... 203
Ueber die Iodolbehandlung der Larynx-Tuberculose. Dr. W. Lublinski ... 253

Verzeichniss

der Mitarbeiter des IV. Bandes der *"New Yorker Medizinischen Presse."*

Dr. Alt, A.
Dr. Bauer, L.
Dr. Caillé, A.
Dr. Denhard, E. C.
Dr. Freudenthal, W.
Dr. Garrigues, I. H.
Dr. Gleitsmann, J. W.
Dr. Grechen, M.
Dr. Hartwig, M.
Dr. Heitzmann, C.
Dr. Hertzka, E. (Carlsbad).
Dr. Klotz, H. G.
Dr. Kretschmar, P. H.
Dr. Kreutzmann, H.
Dr. Meyer, Willy
Dr. Müller, F.
Dr. Mundé, P. F.
Dr. Ohage, I.
Dr. Pollatschek, A.
Dr. Rachel, G. W.
Dr. Rachel, Paul
Dr. Ramdohr, C. A. von
Dr. Rose, A.
Dr. Rosenberg, A.
Dr. Rosenthal, Ed.
Dr. Schapringer, A.
Dr. Schmitt, John.
Dr. Seiler, C.
Dr. Thilo, G.
Dr. Tiegel, E.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. IV. New York, Juni 1887. No. 1.

Ein Fall von Impf-Tuberkulose in Folge ritueller Circumcision.

Von Dr. Willy Meyer,

Chirurg am *Deutschen Dispensary*, New York.

Seitdem die Tuberkulose durch Robert Koch's Entdeckung der ihr eigenthümlichen Bacillen definitiv der Reihe der Infektions-Krankheiten zugewiesen, beanspruchen sicher konstatirte, durch positive mikroskopische Befunde gestützte Fälle von Tuberkulose, die durch direkte Uebertragung der Krankheit auf zuvor gesunde Personen entstanden, prinzipielles Interesse. Eine ganze Anzahl solcher auf verschiedenem Wege frisch infizirter Fälle ist im Laufe der letzten Jahre mitgetheilt worden. Doch ist diese Zahl immerhin noch nicht so sehr gross. Das Faktum der — im Vergleiche zur Einverleibung des Giftes auf dem Wege der Respirationsorgane und des Verdauungs-Traktus allerdings nicht sehr häufig vorkommenden — direkten Uebertragbarkeit der Tuberkulose auf gesunde Wunden aber ist von so einschneidender Bedeutung und so sehr der genauesten Beachtung und Würdigung von Seiten der gesammten ärztlichen wie auch Laien-Welt werth, dass wir mit der Veröffentlichung eines einschlägigen, auf der chirurgischen Abtheilung des *Deutschen Dispensary's* beobachteten und genau verfolgten Falles[1]) nicht zurückhalten wollen.

Vor Wiedergabe der betr. Krankengeschichte finde ein kurzer Ueberblick über die einschlägige Literatur seinen Platz[2]).

Wie es scheint, war J. Lindmann (Ein Beitrag zur Kontagiosität der Tuberkulose. *Deutsche Med. Wochenschr.;* 1883, 30) der Erste, welcher im Jahre 1883 zwei hierher gehörige Fälle älterer Beobachtung aus dem Jahre 1873 veröffentlichte. Bei beiden war die tuberkulöse Infektion durch Aussaugen der Circumcisions-Wunde Neugeborener seitens eines Phthisischen zu Stande gekommen; ein Patient überlebte die Infektion (s. u.).

---

[1]) Derselbe wurde in der Wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Aerzte vom 25. März d. J. demonstrirt und kurz erläutert.

[2]) Da hier nur von tuberkulöser Wund-Infektion die Rede ist, werden die von H. Reich (Die Tuberkulose eine Infektions-Krankheit. *Berl. Klin. Wochenschr.*; 1878, 37) mitgetheilten 10 Fälle von frischer Inhalations-Tuberkulose neugeborener Kinder nicht näher berücksichtigt. Hier war bekanntlich die direkte Infektion mit T.-Virus von Mund zu Mund dadurch entstanden, dass eine phthisische Hebamme der üblen Gewohnheit huldigte, jedem neugeborenen Kinde Luft einzublasen. — Ebenso ist der jüngst von O. Thesen (Ref. im *Centralbl. f. Chirurgie;* 1887, p. 261) mitgetheilte Fall von wahrscheinlicher Inokulations-Tub. bei einem 28-jährigen weiblichen Individuum wegen Unsicherheit der Diagnose in die folgende Kasuistik nicht mit aufgenommen. Es handelte sich um langdauernde Ulceration am rechten Daumen nach Verletzung mit einem Holzsplitter unter dem Nagel, zu der später Schwellung der Kubital- und einer Achseldrüse trat. In der exstirpirten Kubitaldrüse fanden sich u. A. Riesenzellen und ziemlich reichliche Mengen von Tuberkel-Bacillen. Weitere Anhaltspunkte zur Beurtheilung des Falles fehlen.

Im folgenden Jahre veröffentlichte O. Grossmann in seiner Inaugural-Dissertation auf Prof. Maas' chirurgischer Klinik zu Würzburg den Fall von Infektion einer penetrirenden Kniegelenks-Wunde durch tub. Virus (Rekapitulirt von S. Middeldorpf: *Fortschritte der Medizin*, Bd. IV, No. 8, p. 249—252).

Ein 16-jähriger, bisher stets gesunder und aus vollkommen gesunder Familie stammender Knabe zog sich durch einen Beilhieb eine perforirende Wunde des rechten Kniegelenks zu, die er mit einem Taschentuche verband. Heilung nach acht Tagen mit freier Beweglichkeit des Gelenks und Möglichkeit, umherzugehen. Nach 14 Tagen schwoll das Knie plötzlich unter heftigen Schmerzen an und blieb in diesem Zustande. Abmagerung des Beines; Kräfteverfall. — Bei der nach sechs Wochen vorgenommenen Total-Resektion wurde eine tuberkulöse Synovitis des Gelenks gefunden. Knorpel normal, am Rande charakteristischer Pannus, Kapsel in dicke Schwarten umgewandelt, darin Tuberkel-Bacillen in mässiger Menge nachweisbar, nirgends ein Knochenherd. Die Vorgeschichte, der rapide Verlauf und die Art der Affektion legten den Gedanken nahe, dass es sich hier um Wundinfektion mit Tuberkel-Bacillen handele. Diese waren entweder mit dem Beile oder mit dem Taschentuche eingebracht.

1885 theilte darauf E. A. Escherning (*Fortschritte der Med.*; III, 3.) einen interessanten Fall mit, in welchem bei einem 24-jährigen, hereditär nicht belasteten, zuvor durchaus gesunden Dienstmädchen im Anschlusse an eine leichte Finger-Verletzung durch Scherben eines Speiglases (dasselbe gehörte dem wenige Tage später an florider Lungen-Phthise verstorbenen Hausherrn) ein Sehnenscheiden-Fungus mit Lymphdrüsen-Tuberkulose der Kubital- und Achselgegend entstand. Nach Exstirpation der geschwollenen Drüsen und Exartikulation des betroffenen Fingers trat damals Heilung ein. Bestätigung der Diagnose durch mikroskopische Untersuchung.

In No. 32 und 36 des *Centralbl. f. Chirurgie* desselben Jahrganges erschienen dann die Mittheilungen von Karg und G. Riehl, in denen beide Autoren, unabhängig von einander, durch mikroskopische Befunde bewiesen, dass der sogenannte Leichentuberkel (auch Leichenwarze genannt) eine ab und zu an den Fingern häufig sezirender Aerzte oder bei den Sektionen assistirender Diener gefundene lokale Infiltration der Haut, einer primären Inokulation mit Tuberkelgift seine Entstehung verdankt und in seinen Folgen zu einer die Gesundheit ernstlich gefährdenden Krankheit führen kann.

Bald darauf berichtete P. Kraske (Ueber tuberk. Erkrankung von Wunden. Original-Mittheilung. *Centralbl. f. Chir.;* 1885, No. 47) über zwei Fälle von tub. Wunderkrankung in Geweben, „in denen vorher sicher kein tuberkulöser Prozess vorhanden", letzterer also „durch eine Impfung, eine Infektion von aussen" zu Stande gekommen war. Bei beiden Patienten handelte es sich um die Folgen einer überstandenen akuten Osteomyelitis des Oberschenkels. Bei dem einen, hereditär nicht belasteten Kranken, einem 11 Jahre alten Knaben, fanden sich sieben Monate nach ausgeführter Operation (Abflachung eines den Knochen quer durchsetzenden Kanals) exquisit käsige Granulationen in einer zurückgebliebenen Fistel und die an diese Fistel in der Tiefe grenzende Oberfläche des Knochens in Tiefenausdehnung von ½—1 cm. kariös. Die Mutter hatte die Wunde daheim täglich in einem Zimmer verbunden, in dem Patient mit seiner bald nach seiner Heimkehr an Lungen-Tuberkulose verstorbenen Schwester stets die Nacht zugebracht. Die Verbandstoffe waren in demselben Raume aufbewahrt worden.

Der zweite Kranke, ein 10 Jahre alter Knabe, war hereditär belastet. Bei ihm zeigten die der Oberfläche zunächst gelegenen 2½ cm. einer an der Innenseite des Oberschenkels befindlichen Fistel das ausgesprochene Bild der Tuberkulose, während sich in einer auf der Aussenseite vorhandenen Fistel, sowie in der Sequesterlade selbst, die zähen, für die Folgezustände der typischen akuten Osteomyelitis charakteristischen Granulationen vorfanden. In beiden Fällen bestätigte die mikroskopische Untersuchung die klinische Diagnose. In demselben Aufsatze erzählt K., dass er vor Kurzem ein Paket verkäster Achseldrüsen bei einem Kollegen entfernt habe, „der auf das Allerbestimmteste behauptete, sich bei der Operation wegen eines tuberkulösen Knochenprozesses infizirt zu haben."

Im verflossenen Jahre häufte sich nun die Veröffentlichung von Fällen, wo die Tuberkulose die durch die in den niederen jüdischen Volksklassen noch immer weit verbreitete Unsitte des Blut-Aussaugens der nach orthodoxem Ritus angelegten Circumcisions-Wunde direkt auf gesunde, aus nicht phthisischen und hereditär nicht belasteten Familien stammende Kinder übertragen wurde.

E. Lehmann (Ueber einen Modus von Impf-Tuberkulose beim Menschen, die Aetiologie der Tuberkulose und ihr Verhältniss zur Skrophulose. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1886, 9–13), beobachtete im Jahre 1879 19 Fälle von ritueller Circumcision. Dieselben waren von einem später an Phthise gestorbenen, älteren Manne ausgeführt. Bei 10 Kindern saugte derselbe Mann auch die Wunde aus: sie wurden sämmtlich mit Tuberkulose infizirt und erkrankten unter fast identischen Erscheinungen — kleine, unregelmässig geformte, etwas grau verfärbte Geschwüre am Präputium; langsame Ausbreitung derselben; circa 2—3 Wochen später Schwellung der Leistendrüsen, die in den meisten Fällen abszedirten. (Die Inkubationsdauer betrug 10—14 Tage, welche Zeit mit den Beobachtungen Anderer übereinstimmt.) Bei neun besorgte diese Blutstillung ein anderes Individuum: alle neun Kinder blieben gesund. Keine mikroskopische Bestätigung. Doch waren die klinischen Erscheinungen so prägnant, dass an der Richtigkeit der Diagnose nicht zu zweifeln ist.

A. Elsenberg (Inokulations-Tuberkulose bei einem Kinde. *Berl. Kl. Wochensch.*, 1886, 35) beschreibt einen ganz gleichen Fall, den er während Lebzeiten des Kindes für einen spezifischen angesehen. Tod des Pat. an Erysipel und Phlegmone der Bauchdecken im Anschluss an Spaltung und Ausschabung von Leistendrüsen-Abszessen. Sektion verweigert. Nur ein Stück des Präputiums und ein Theil der Leistendrüsen wurden ausgeschnitten und mikroskopisch untersucht. Befund von epithelioiden und Riesenzellen, sowie Tuberkel-Bacillen in beiden Präparaten. Die Examination des Mannes, der die Circumcision ausgeführt und die Wunde mehrmals ausgesaugt, ergab: Tuberkulöse Infiltration im Larynx, Dämpfung der einen Lungenspitze, Tuberkel-Bacillen im Sputum. Wie der Autor in einer Anmerkung erwähnt, hat er bald darauf drei analoge Fälle von Inokulations-Tuberkulose beobachtet.

Auf dem vorletzten Chirurgenkongresse (*Centrbl. f. Chir.*, 1886; *Kongress-Verhandlg.*, pag. 20), hielt ferner M. Wahl einen Vortrag über „Inokulations-Tuberkulose nach Amputation des Unterarms." Einem einjährigen Knaben musste wegen Wundgangrän der linken Hand, ursprünglich herrührend von der Verletzung am Nagelgliede des linken Zeigefingers durch einen Hammer, der Vorderarm amputirt werden.

Prima intentio der Wunde. Entlassung mit circa 1 cm. grosser, frisch granulirender Stelle dort, wo das Drainagerohr gelegen. Nach sieben Wochen Wiederaufnahme. Die noch nicht verheilte Wunde auf das vierfache vergrössert, schmutziggrau belegt, Achseldrüsenschwellung, Fieber, Bronchitis; im Sekrete des Geschwürs Tuberkel-Bacillen. Sofortige Exstirpation der Achseldrüsen und galvanokaustische Behandlung des Geschwürs brachte vorläufige Heilung. Das Kind war daheim in der Pflege eines an Lupus leidenden Mädchens gewesen. Jede anderweitige Uebertragung musste ausgeschlossen werden.

Derselbe Autor berichtete zu gleicher Zeit über einen anderen hierher gehörigen Fall, den er einer privaten Mittheilung Robert Koch's verdankte. Koch amputirte im Jahre 1874 bei einem sonst gesunden Manne einen Finger wegen einer langwierigen Ulzeration: Heilung. Da der Mann einige Jahre später an Schwindsucht starb, untersuchte K. im Jahre 1882 (also acht Jahre später) das in Alkohol gehärtete Präparat mikroskopisch und wies reichliche Riesenzellen und Tuberkel-Bacillen darin nach. Eine Allgemein-Infektion von dem genannten Geschwüre aus ist danach nicht unwahrscheinlich.

Wie es scheint, ist somit der erste hierher gehörige und durch mikroskopische Untersuchung als solcher bestätigte Fall von Impf-Tuberkulose vom Entdecker der Tuberkel-Bacillen selbst beobachtet.

In der auf den Vortrag Wahl's folgenden Diskussion erwähnt König den Fall eines Kollegen, den er wegen eines grossen Bauchdecken-Abszesses operiren wollte. Im Beginn der Narkose trat ein epileptiformer Anfall ein, aus dem Patient nicht wieder erwachte.

Die Sektion ergab: Grosser tuberkulöser Abszess im *Musc. rect. abdom.* und tuberkulöse Peritonitis. Alle übrigen Organe frei von Tuberkulose. Fettherz. Der betr., auf Sauberkeit seiner Instrumente nicht sonderlich haltende College, hatte sich mehrfach selbst subkutane (Morphin- und Kokain-)Injektionen applizirt und zwar mit einer Spritze, die er gleichzeitig bei einem schwer phthisischen Kranken wiederholt benutzt hatte. Man muss mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass die Tuberkel-Bacillen hier durch die nicht desinfizirte Morphium-Spritze in die Bauchdecken eingeimpft worden sind.

Endlich hat noch Hofmokl (Ein Fall von tuberk. Geschwüre nach der Circumcision. *Wiener Med. Presse;* 1886, 22 und 23) in der *K. K. Gesellsch. d. Aerzte* zu Wien eine einschlägige Krankengeschichte mitgetheilt:

Es war dies ein acht Monate altes Kind (dasselbe wird in der Sitzung vorgestellt). Infektions-Modus und Erscheinungen identisch mit den oben mitgetheilten. Nach lange fortgesetzter, erfolgloser antiluëtischer Behandlung exstirpirte H. aus beiden Inguinal-Gegenden 30 kleinbohnen- bis haselnussgrosse Drüsen, die grossentheils käsig zerfallen, resp. vereitert waren. Das primäre Ulcus am Frenulum brannte er mit dem Thermokauter. Das Mikroskop bestätigte die Diagnose. Erfolg unbekannt.

In der folgenden Diskussion bemerkt Kaposi, dass er gegen Ende der 60er Jahre eine Reihe von Fällen gesehen, wo nach ritueller Circumcision Erkrankungen vorkamen. Er hielt dieselben für syphilitisch. Doch erklärte Zeissl einen davon für nicht syphilitisch.

Es sind das, mit Einschluss des von uns noch mitzutheilenden, zusammen 28 Fälle von Einimpfung des tuberkulösen Virus auf Wunden, von denen 18 (fast $\frac{2}{3}$) nach der dem alten Ritus folgenden Circumcision entstanden. Neun der letzteren gingen zu Grunde, fünf überlebten die

Infektion, zeigten aber mehr oder weniger skrophulösen Habitus, von vier ist das Resultat unbekannt. Von den übrigen 10 wurden neun operativen Eingriffen unterworfen ; sie wurden, soweit der Bericht geht, zunächst gesund (einer starb später an Lungenphthise) bis auf einen, der während der Narkose zu Grunde ging.

Die Inkubationsdauer betrug, wie erwähnt, durchschnittlich 10—14 Tage.

Nicht weniger als 25 der Fälle wurden in den beiden letzten Jahren veröffentlicht, 14 während dieses Zeitraumes auch wirklich beobachtet; eine auffallende Thatsache, die, scheint uns, beweist, wie die Uebertragung der Krankheit auf diesem Wege gar nicht so ganz selten ist, wie häufig die wahre Natur des Leidens aber offenbar bislang verkannt, resp. nicht erkannt worden ist.

Der von uns beobachtete Fall ist kurz folgender :

A. G., jetzt 12 *Mon. alt, aus Jassy in Rumänien,* ist das erste und vorerst einzige Kind gesunder, beiderseits hereditär nicht tuberkulös belasteter Eltern. Acht Tage nach der Geburt wurde die rituelle Circumcision ausgeführt und die Wunde von einem (alten) Manne mehrmals ausgesogen. Vier Wochen später fiel den Eltern an ihrem Kinde eine Anschwellung der rechtsseitigen Inguinaldrüsen auf, die sie veranlasst, den Arzt ihres Ortes zu konsultiren. (Wie weit und ob die Circumcisions-Wunde bis dahin ganz geheilt gewesen, ist nicht zu eruiren.) Der Arzt machte die Eltern nach genauer Untersuchung auf eine harte, grau belegte, wunde Stelle in der Nähe des *Frenulum præputii* aufmerksam und erklärte dieselbe für die Ursache der Lymphadenitis und zugleich : das Kind sei syphilitisch infizirt. Er leitete darauf hin, wie aus den Erzählungen der Leute hervorgeht, mit Sublimatbädern und lokaler Applikation von grauer Salbe eine antiluëtische Kur ein, erzielte jedoch keine Besserung damit. Einen Monat später wanderte die Familie nach Amerika aus und liess sich hier in New York nieder. Da der junge Stammhalter noch immer an seinem alten Leiden laborirte, brachte man ihn gleich in ein Dispensary unten in der Stadt und von dort drei Monate später zum *Deutschen Dispensary.* Es fand sich damals eine gut erbsengrosse, infiltrirte und oberflächlich ulzerirte, grau belegte Stelle am *Frenulum,* sowie Schwellung der Inguinaldrüsen beiderseits, rechts stärker als links ; sonst nichts Pathologisches. Das Kind war im Uebrigen gut genährt, es bekam die Brust. Auch wir waren danach der Ansicht, dass es sich um eine spezifische Infektion handele ; das ganze Krankheitsbild machte entschieden diesen Eindruck. Doch vergebens wurde nach und nach der ganze antisyphilitische Heilapparat angewandt, Kalomel, Sublimat-Bäder, Inunktions-Kur, Jodkali nach einander versucht : Nicht der geringste Erfolg. Machte uns diese Erfahrung schon stutzig, so war noch auffallender, dass, als das Kind einmal zwei Wochen nicht vorgestellt war, sich zwei der vorher nur geschwellten Drüsen in der rechten Inguinalgegend akut vereitert fanden. Bei der Inzision und Ausschabung der Drüsen-Abszesse wurde der Eiter damals nicht gesondert aufgefangen und somit ein etwaiger mikroskopischer Nachweis von Tuberkel-Bacillen unmöglich gemacht. Auch die bei einer bald darauf vorgenommenen Ausschabung der Ulzeration am Penis (bei der die bedeckende Haut, um das für die Demonstration bestimmte Krankheitsbild nicht zu zerstören, erhalten wurde) entfernte spärliche Granulations-Masse enthielt laut einer sorgfältigen, von Dr. J. J. Metzger, pathologischem Anatom am *Deutschen Hospital,* ausgeführten mikroskopischen Untersuchung keine Bacillen.

Trotzdem stand es für uns damals schon fest, dass hier an der Diagnose „Impf-Tuberkulose" nicht zu rütteln sei, besonders als sich im Laufe der ersten Wochen des März unter unseren Augen in der rechten Glutäal-Gegend ein subkutan gelegener, kirschgrosser, kalter Abszess mit allen charakteristischen Merkmalen des Tuberkulösen (*Gomme tuberculeuse*) entwickelte. Auch der aus diesem Abszesse entleerte und in sterilisirtem Glase aufgefangene Eiter liess, wie zu erwarten war, keine Bacillen erkennen. Es ist ja bekannt, dass letztere sich in käsigem Eiter sehr selten vorfinden.

Anfang April wurde nun die ganze erkrankte Stelle am Penis exstirpirt, ihr Grund mit dem Thermokauter gebrannt und der Rand bis hinein in die gesunde Umgebung vielfach mit dem spitzen Brenner gestichelt. Vier Wochen später war die anfangs gut 1 Zoll lange und $\frac{3}{4}$ Zoll breite, bis auf den Anfangstheil des Skrotums sich erstreckende Wunde mit fester Narbe verheilt und ist es bis heute geblieben. Die von dem entfernten Gewebe in grösserer Zahl angefertigten Präparate liessen, wie Dr. Metzger berichtet, durchweg epithelioide und Riesenzellen, aber keine Bacillen erkennen. Offenbar waren dieselben im Laufe der vielen Monate zu Grunde gegangen.

Doch auch bei völlig negativem Resultate der mikroskopischen Untersuchung dieser primär infizirten Stelle auf tuberkulöse Charakteristika würden die mehrfach und erst vor wenigen Wochen durch Abtragen der bläulich verfärbten, unterminirten, scharf geschnittenen Ränder wieder in einen heilungsmöglichen Zustand versetzten Lymphdrüsen-Fisteln die Richtigkeit der gestellten Diagnose bestätigt haben. Schon das blosse Auge konnte auf's Deutlichste miliare Knötchen in den schlaffen, käsigen Granulationen nachweisen. Beim Auskratzen der Letzteren drang die Spitze des scharfen Löffels weit in den Leisten-Kanal ein, wie der von unten in denselben eingeführte, die Haut einstülpende Finger nachwies. Der Inguinal-Canal war also auch in den Prozess hineingezogen. Dies Mal wies das Mikroskop miliare Tuberkel und Bacillen in grosser Zahl nach.

Dass heute, trotz Ausheilung der Eintrittsstelle des Giftes und des einen Drüsen-Abszesses, sowie des der Ausheilung nahen und nur noch minimale Mengen Sekret spendenden zweiten, die Prognose in Bezug auf völlige Wiederherstellung durchaus noch eine dubiöse ist, beweisen die früheren, besonders von Lindemann und Lehmann beobachten Fälle. Das eine der beiden von ersterem Autor behandelten Kinder starb nach Ueberwindung der ersten Erscheinungen im dritten Lebensjahre an *Spondylitis* und rasch verlaufender Phthise (es war hereditär belastet); das zweite wurde unter roborirender Allgemein-Behandlung und guter Pflege schliesslich gesund, nachdem noch im dritten Jahre ein von tuberkulöser *Periostitis radii* herrührender Abszess gespalten war. Von den zehn von Lehmann beobachteten Kindern gingen sechs nach durchschnittlich 11 Monaten (Minim. 123, Maxim. 426 Tage) an tuberkulöser Basilar-Meningitis oder Marasmus zu Grunde (ein weiteres starb an interkurrenter Diphtherie), und nur drei genasen nach langem Siechthum. (Allerdings wurde in keinem der Fälle operativ vorgegangen.) Und diese drei boten das veritable Bild der Skrophulose dar. L. folgert aus dieser Beobachtung, dass die Skrophulose als Kinder-Tuberkulose (mit vorherrschender Betheiligung des Lymphsystems) aufzufassen sei. Er glaubt übrigens, dass mehr Kinder die Invasion mit den spezifischen Mikrokokken überwunden

hätten, wenn nicht die langdauernden Quecksilber-Kuren als den Organismus mächtig schwächende Effekte bei den meisten derselben zur Anwendung gekommen wären.

Immerhin mahnen die Beobachtungen, in allen Fällen von diesem sogen. „*Ulcus primitivum post circumcisionem*," auch an Infektion mit tuberkulösem Virus zu denken, und falls die Symptome für Syphilis nicht deutlich ausgesprochen sind, zumal wenn Kalomel etc. nicht schnell Besserung hervorbringt, nicht erst mit diesen antispezifischen Kuren die beste Zeit zu verschwenden und den kindlichen Organismus widerstandsunfähiger zu machen, sondern die infizirte Stelle sofort ganz oder partiell zu exstirpiren und mikroskopisch zu untersuchen. Bei positivem Resultat für Tuberkulose wäre dann die Ausspülung der, gewöhnlich vergrösserten, inguinalen Lymphdrüsen beiderseits ohne Verzug anzuschliessen.

Der besprochene, sowie die oben aus der Literatur zusammengestellten Fälle haben ganz gewiss um so mehr Gewicht, als die Inokulation fast durchweg bei gesunden, aus tuberkulös nicht belasteten Familien stammenden Individuen stattfand. Die direkte Infektiösität der Tuberkulose ist dadurch auch praktisch beim Menschen bewiesen, und tritt diese Krankheit mit Rücksicht auf die Gefahr der Uebertragbarkeit somit an die Seite der auf gleichem Wege entstehenden (*Syphilis, Pustula maligna* etc.), wie dies Eisenberg (l. c.) schon hervorhebt.

Eine spontane Wundinfektion mit Tuberkelbacillen wird sich, ebenso wenig wie eine durch das Virus jener gleichwerthigen Infektions-Krankheiten erzeugte, in Zukunft kaum vermeiden lassen, so sehr der Arzt angesichts dieser Thatsachen auch bestrebt sein muss, kleine, bei der Operation oder Sektion Tuberkulöser an seinen eigenen Händen entstandene Verletzungen, und ebensolche, durch Zufall oder Unvorsichtigkeit an den Fingern der die phthisischen Kranken wartenden Personen hervorgebracht, sofort gründlich zu desinfiziren oder auszubrennen, resp. schon vorhandene vor dem Kontakt mit dem infektiösen Material genügend antiseptisch zu verbinden; so viele Mühe er sich auch geben wird, die so häufigen impetiginösen Hautausschläge der Kinder unter antiseptisch wirkenden Salben zur Verheilung zu bringen, — da sie ja, worauf schon Dr. Koch und später besonders Demme hingewiesen, so günstige Invasions-Pforten für das Eindringen der Tuberkel-Bacillen darbieten. Doch die nach der rituellen Circumcision auftretenden Infektionskrankheiten sollten in unseren Tagen, wo das höchste Ziel der Medizin, die Prophylaxis, in immer grössere Kreise des alltäglichen Lebens mit dem Zwange des Gesetzes hineingreift und besondere Behörden über ihre Durchführung wachen, aus unserer Beobachtung verschwinden.

Bedenkt man, wie schon so manches junge Leben durch Erysipel, Phlegmone oder Diphtherie der durch Aussaugen infizirten Circumcisions-Wunde dahingerafft worden, wie oft schon das so syphilitisch gewordene Kind die gesunde Mutter und diese wieder ihre ganze Familie angesteckt und unglücklich gemacht hat, so wird man, in Anbetracht dieser natürlich schon seit Jahrtausenden vorhanden gewesenen, in ihrer wahren Natur aber erst neuerdings erkannten, weiteren schweren Folgekrankheit jenes nach altem Brauche ausgeführten religiösen Aktes, „der Tuberkulose", mit um so grösserem Nachdruck den Worten des verstorbenen Prof. H. Maas[1]) beistimmen: „dass es Pflicht jedes Arztes ist, gegen die rituelle Beschneidung in jedem Falle Einspruch zu erheben."

[1]) Koenig's Lehrbuch der spez. Chirurgie. 4. Aufl. II. 588.

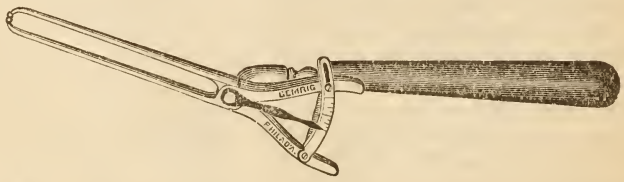
Ueber die knorpeligen Auswüchse der Nasenscheidewand als ätiologisches Moment des Nasenkatarrhs, sowie deren Beseitigung.

Von Dr. Carl Seiler, Philadelphia.

Vorgetragen vor der dortigen *Deutschen Med. Gesellschaft* am 9. Mai 1887.

In vielen Fällen von Nasen-Rachen-Katarrh finden wir Auswüchse an dem unteren Theile des knorpligen Septums, welche in den unteren Meatus hineinragend, und sich mehr oder weniger nach hinten erstreckend, dem freien Durchströmen der Luft einen Widerstand entgegensetzen. Um so mehr ist dies der Fall, wenn eine Hypertrophie des Gewebes der unteren Muschel existirt, so dass dasselbe, mit dem knorpeligen Auswuchs an dem Septum in Berührung kommend, den unteren Meatus bis auf einen kleinen Durchgang einengt. In solchen Fällen wird dann das Einathmen durch die Nasenhöhle fast ganz verhindert, weil durch den Luftdruck auf den betr. Nasenflügel eine Bewegung desselben nach innen hervorgebracht und dadurch der Nasengang ventilartig verschlossen wird. Das Ausathmen wird jedoch nur wenig durch diese Hindernisse beeinflusst, da der ausfliessende Luftstrom den Nasenflügel nach aussen bewegt und dadurch das Ventil geöffnet wird. Wenn nun durch grösseren Blutandrang das Zellgewebe unter der Schleimhaut des unteren Muschelknochens anschwillt, so wird der Luftweg ganz verstopft und das Athmen durch die Nasenhöhle unmöglich. Dies geschieht öfters durch leichte Entzündung, oder selbst nur durch Horizontallage des Körpers.

Diese knorpeligen Auswüchse, denen ich den Namen „Ecchondrosen" beigelegt habe, findet man in verschiedenen Fällen in verschiedener Form, manchmal als runde in eine Spitze verlaufende Erhöhungen über der Fläche des Nasenseptums, manchmal als lange bankartige Vorsprünge am unteren Theile des Nasenseptums, bis in die Tiefe der Nasenhöhle verlaufend, und manchmal auch als senkrecht oder schief aufwärts verlaufende Vorsprünge. In den zwei letzteren Gattungen ist es oft schwierig, diese Ecchondrosen von seitlichen Ausbiegungen der Scheidewand zu unterscheiden, besonders wenn, wie dies häufig vorkommt, eine solche Ausbiegung vorhanden ist. In diesen Fällen ist es gerathen, die Dicke der Scheidewand mit dem „Septometer" zu messen um eine richtige Diagnose stellen zu können. Dieses Instrument, wel-



ches ich vor einiger Zeit habe machen lassen, besteht aus einem Greifzirkel, der an einem Stiel befestigt und mit einem Zeiger versehen ist, welch' letzterer die relative Dicke der Scheidewand anzeigt. Um das Instrument zu gebrauchen, werden die beiden Enden in die Nasenlöcher eingeführt, so dass die Scheidewand zwischen ihnen zu liegen kommt. Wenn nun der Septometer langsam in der Nase auf und ab geschoben wird, so deutet die Verschiebung des Zeigers die Verschiedenheit der Dicke der Scheidewand in den einzelnen Stellen an. In noch anderen Fällen findet man eine Verwachsung der Vorsprünge mit

dem unteren Muschelknochen, mehr oder weniger nach hinten verlaufend.

Was die Symptome betrifft, die durch diese Ecchondrosen hervorgerufen werden, so sind dieselben sehr mannigfaltig und mit denen des hypertrophischen Nasen-Rachen Katarrh's übereinstimmend. So finden wir dieselben Reflex-Symptome: Kopfweh, Asthma, Neuralgie des Trigeminus, und andere nervöse Erscheinungen, und auch die direkteren Symptome, wie Ansammlung von Schleim in der Nasen-Rachen Höhle, Pharyngitis und Laryngitis in ihren chronischen Formen, *Foetor ex ore*, Prädisposition zu Schnupfen, &c. Alle diese Erscheinungen beruhen auf der Verstopfung des Nasenkanals und auf dem Druck, welchen das hypertrophirte Muschelgewebe auf den Auswuchs der Scheidewand ausübt. Man findet demgemäss, dass alle Symptome bei einer leichten Erkältung, die eine Entzündung der Schleimhaut hervorruft, verschlimmert werden.

Wir kommen nun zu der Frage, wie diese Auswüchse entstehen, und finden in der Literatur verschiedene Ansichten darüber ausgesprochen. Meiner Meinung nach sind dieselben meist nicht traumatischer Natur, sondern werden durch den Druck des hypertrophischen Muschelgewebes auf die dünne Schleimhaut der Scheidewand und die dadurch verursachte Irritation des Perichondriums hervorgebracht. Da dieser Druck und die Irritation auf eine kleine Fläche beschränkt sind, so erfolgt eine lokale Vermehrung der Knorpelzellen, wodurch nach und nach die Ecchondrosen aufgebaut werden. Ihre Form hängt natürlich von der Form der Fläche ab, die dem Drucke ausgesetzt ist, und ihre Grösse von der Länge der Zeit, während welcher die Irritation gedauert hat. Diese Ansicht wird dadurch bestätigt, dass wir die Ecchondrosen meistens in Fällen von hypertrophischem Nasenkatarrh finden, und dass ihre Grösse und Gestalt mit der der Anschwellung des Muschelgewebes correspondirt. Die wenigen Fälle, in denen zusammen mit den Ecchondrosen eine Atrophie der Weichtheile durch die Untersuchung constatirt wird, sind immer solche, in denen die hypertrophische Form von Nasenkatarrh der atrophischen vorausgegangen ist.

Es ist auch in diesen Fällen bemerkbar, dass häufig eine Verknöcherung des Auswuchses stattfindet, welche als harter Kern bei etwaiger Operation dem Durchschneiden Schwierigkeiten entgegensetzt.

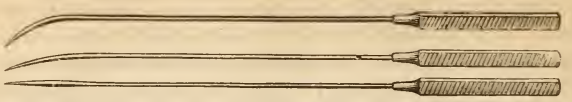
Wenn durch den kontinuirlichen Druck des hypertrophischen Muschelgewebes eine Ulceration der Schleimhaut an der Kontakt-Stelle erfolgt, so kommt es leicht vor, dass eine Exostose des Muschelknochens entsteht und mit der Ecchondrose der Scheidewand verwächst.

Es liegt auf der Hand, dass man, um den Nasen-Rachen-Katarrh zu kuriren, die Hindernisse in den Luftwegen der Nasenhöhle fortschaffen muss, und zwar so, dass die normale Grösse derselben wieder hergestellt ist.

Mit Einspritzungen oder Bepinselungen mit Adstringentien oder selbst durch lokale Applikationen von kaustischen Chemikalien oder der Galvano-Kaustik, können diese Ecchondrosen nicht beseitigt werden, wie das die Praxis gezeigt hat, und es muss zu chirurgischem Verfahren gegriffen werden.

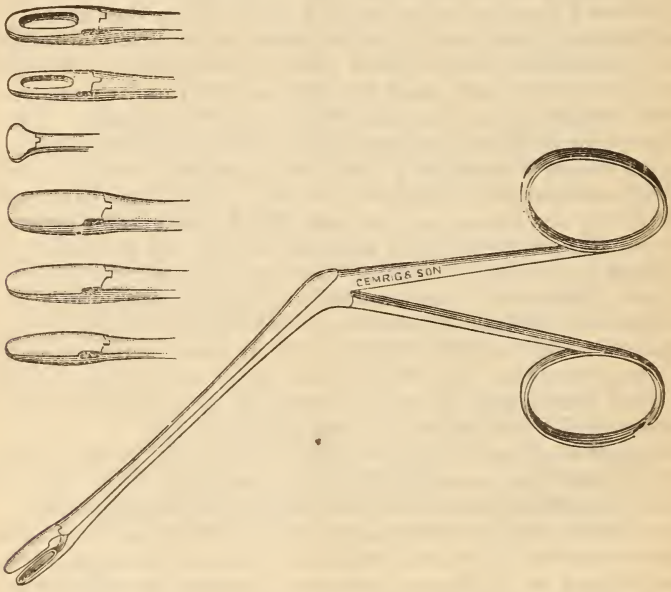
Es tritt nun die Frage auf, auf welche Art und mit was für Instrumenten am leichtesten und schnellsten das gewünschte Ziel erreicht werden kann? Diese Frage ist natürlich sehr schwer positiv zu beantworten, da sich der Operateur den Eigenthümlichkeiten der einzelnen Fälle und seiner besonderen Geschicklichkeit mit diesem oder jenem

Instrumente anpassen muss. So ziehen es zum Beispiel einige Autoren vor, kleine Partieen des Auswuchses mit einer gekrümmten Nadel zu



durchstechen, den Draht eines kleinen Ecraseurs um dieselbe herum zu

legen und den Theil des Knorpels, der von der Schlinge umfasst wird, durch langsames Drehen der Schraube abzuschneiden, und diese Procedur zu wiederholen bis der ganze Auswuchs abgetragen ist, oder mit einer schneidenden Zange, welche speziell für diesen Zweck konstruirt

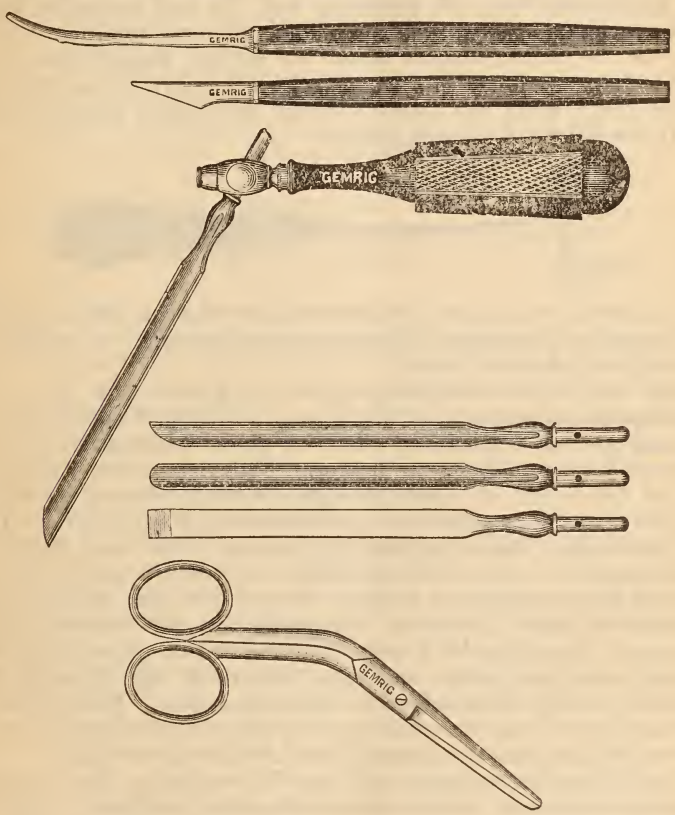


ist, kleine Partien der Knorpelmasse abzutragen. Diese Operationsweise hat allerdings den Vortheil, dass nur sehr wenig Blutung stattfindet; aber sie kann nur dann angewendet werden, wenn der Auswuchs klein ist und keinen knöchernen Kern hat.

Andere wieder ziehen es vor, die überflüssigen Knorpeltheile mit Drehmessern, die entweder durch die „*Dental Engine*“ oder durch den elektrischen Motor in schnelle Umdrehung versetzt werden, abzutragen. Um dies zu thun, ist es am besten, einen Schnitt mit einem Messer durch die Schleimhaut bis auf das Perichondrium zu machen, da die Drehmesser, wenn sie auch noch so scharf sind, die Schleimhaut nicht angreifen. Ein, seiner Form nach dem Falle angepasstes, Drehmesser wird dann in den Schnitt eingeführt, in schnelle Drehung versetzt, und die Knorpelmasse unter der Schleimhaut herausgeschält. Diese Operationsweise erfordert natürlich grosse Geschicklichkeit und Sicherheit in der Handhabung der Drehmesser, da bei der zwar verhältniss-

mässig geringen Blutung das Auge die Operation nicht leiten kann und der Operator ganz und gar sich auf sein Gefühl verlassen muss. Daher geschieht es leicht, dass, wenn die nöthige Geschicklichkeit nicht vorhanden ist, das Drehmesser abrutscht und entweder die Scheidewand durchbohrt oder sich in die Weichtheile der gegenüber liegenden Muschelknochen oder selbst des Nasenbodens vergräbt, was natürlich nicht ohne mehr oder weniger bedeutende Quetschung und Lädirung dieser Weichtheile abgeht.

Noch andere Arbeiter auf diesem Felde der speziellen Chirurgie verschmähen die obengenannten Operationsmethoden und bedienen sich verschiedengeformter Messer, Meisel und Scheeren, mit welchen sie die



hindernden Knorpelmassen abschneiden oder abmeiseln, und ich muss sagen, dass meiner Meinung nach die Messer und Meisel in den meisten Fällen am schnellsten und sichersten zum Ziele führen, besonders wenn es sich um langgestreckte und theilweise verknöcherte Auswüchse handelt.

Wie bei den Drehmessern, so kann auch bei dieser Operationsweise das Auge die Instrumente nicht leiten, und es gehört einige Uebung dazu, wenn auch nicht in dem Maasse als bei der Benützung der „*Dental Engine*“, um die Messer und Meisel sicher zu handhaben.

In den Fällen, in welchen ein runder, in eine Spitze, oder ein schief in die Höhe verlaufender Vorsprung existirt, bedient man sich am be-

sten zur Abtragung desselben eines auf der Fläche gekrümmten zweischneidigen Messers, mit welchem man von oben bis in die Mitte des Auswuchses einschneidet, und dann wieder von unten anfangend, die Knorpelmasse abhebt. Die Operation mit einem Schnitte auszuführen ist desshalb nicht leicht möglich, weil das Messer, nachdem es den Knorpel durchschnitten hat, an der Schleimhaut nicht genügenden Widerstand findend von ihr abgleitet und das abgeschnittene Stück wie an einem Scharnier hängend in der Blutmasse, die sich in der Nasenhöhle ansammelt, verloren wird. Das Stück Knorpel muss alsdann mit einer Pincette erfasst und mit einer Scheere, die die Schleimhaut durchschneidet, von der Scheidewand ganz abgetrennt werden, welche Prozedur zeitraubend und oft schwierig ist. Ist eine theilweise Verknöcherung vorhanden, so werden die beiden Schnitte mit dem krummen Messer in der beschriebenen Weise bis an den Knochenkern geführt und der Letztere dann mit einem schwach gekrümmten Hohlmeisel durchschnitten, wozu ein leichter Schlag mit einem kleinen Bleihammer auf den Stiel des Meisels genügt.

Liegt ein Fall vor, in dem ein bankartiger nahe am Boden der Nasenhöhle liegender Vorsprung abgetragen werden muss, so verfährt man am besten auf folgende Weise:

Zuerst wird eine Rinnensonde mit der Rinne nach oben in den Zwischenraum zwischen dem Vorsprung und dem Nasenboden eingeführt und mit der einen Hand oder von einem Assistenten in der ihr gegebenen Lage gehalten. In letzteren Falle ist es von Vortheil, dass der Stiel der Sonde in einem stumpfen Winkel abwärts gebogen ist, damit die Hand des Assistenten mehr aus dem Wege kommt. Die abgerundete Spitze eines pflugartigen Messers oder eines Hohlmeisels, dessen Schneide schief nach dem Stiele zu verläuft, wird dann in die Rinne der Sonde eingesetzt und das Messer oder der Meisel nach hinten geschoben und der ganze Vorsprung von der Nasenscheidewand abgetragen. Nachdem der Knorpel durchschnitten ist, wird das Messer oder der Meisel weggelegt und eine Scheere in die Rinne der Sonde eingeführt, um die Schleimhaut zu durchschneiden. Findet man einen Knochenkern, so muss derselbe durch einige leichte Schläge mit dem Hammer auf den Stiel des Meisels durchschnitten werden.

In den Fällen, in welchen sich eine Verwachsung des knorpeligen Vorsprunges mit dem unteren Muschelknochen vorfindet, gelangt man am leichtesten zum Ziele, indem man mit einer kleinen und dünnen Säge die halb knöcherne und halb knorpelige Brücke von dem Muschel-

knochen trennt und dann mit dem Meisel die Knorpelmasse in der oben beschriebenen Weise abhebt.

Was die Blutung bei diesen Operationen betrifft, so ist dieselbe meist sehr unbedeutend und, selbst wenn sie länger als gewöhnlich anhält, leicht durch einen Baumwollen-Tampon zu stillen, ohne dass man blutstillende Mittel anzuwenden braucht.

Die Wunde heilt meist in wenigen Tagen durch Granulation und macht dem Patienten weiter keine Beschwerden. Auch die Schmerzhaftigkeit dieser Operationen ist eine überraschend geringe, so dass dieselben alle unter Anwendung einer vierprozentigen Cocain-Lösung ausgeführt werden können.

Ueber Intoxikationsampblyopieen.

Von Dr. Adolf Alt, St. Louis, Mo.

(Vortrag, gehalten im *Verein deutscher Aerzte von St. Louis* am 15. April 1887.)

Meine Herren! Die Worte Amblyopie und Amaurose sind früher, in der vorophthalmoskopischen Zeit, und auch noch später, vielfach für ein und dasselbe Symptom gebraucht worden. Im grossen Ganzen wurde damit Blindheit oder auch jede Erkrankung bezeichnet, welche zwar in ihrem eigentlichen Charakter noch unerkannt war, von der man dagegen empirisch wusste, dass sie wohl zur völligen und vielleicht unheilbaren Erblindung führen werde. Diesem Wirrwarr ist nun heutzutage ein Ende gemacht und man hat sich dahin geeinigt, mit dem Worte Amblyopie die Herabsetzung der Sehschärfe durch meist wohlerkannte Erkrankungen, mit dem Worte Amaurose dagegen nur die absolute und meistens unheilbare Erblindung zu bezeichnen.

Mit dem Worte Intoxikationsamblyopie nun benennen wir, wie auf den ersten Blick klar ist, eine Herabsetzung der Sehschärfe in Folge von irgend einer Vergiftung, und zwar kann ich gleich hier hinzusetzen, dass die letzte Ursache einer solchen Amblyopie im Nervenapparate des Auges zu suchen ist. Die Herabsetzung der Sehschärfe mag nur von mässigem Grade sein, oder sie mag auch so bedeutend sein, dass sie eine Amaurose vortäuscht, so lange nicht eine eingehende Untersuchung den wahren Sachverhalt darthut.

Die häufigsten Intoxikationsamblyopieen sind nun die der Raucher und die der Alkoholiker, einzeln oder kombinirt. Diese kombinirte Nikotin- und Alkoholvergiftung ist aber wohl die allerhäufigste Ursache der Amblyopie durch Intoxikation in civilisirten Ländern.

Ohne weitschweifig auf die allgemeinen Vergiftungssymptome durch Nikotin einzugehen, will ich doch einige Punkte hier hervorheben. Die akuten Nikotinvergiftungen mögen wir hier unberührt lassen, da sie das Sehen nicht beeinflussen. Die chronische Nikotinvergiftung bringt allmälig sehr merkliche, allgemeine Störungen hervor. Zunächst ist es gewöhnlich Appetitlosigkeit und Konstipation, welche vom Patienten empfunden werden; dann verminderter oder unruhiger Schlaf. Die Herzaktion ist gesteigert und oft unregelmässig. Schwindelanfälle sind nicht selten. Bei geringen Muskelanstrengungen tritt Zittern ein, speziell in den Händen. Gedächtniss und Geschlechtstrieb sind nicht normal, und schliesslich wird das Sehen vermindert.

Ich will Sie hier nicht mit der Schilderung der ophthalmoskopischen Symptome plagen und bloss anführen, dass sie zuerst auf eine geringgradige, eigenthümliche Hyperämie im Opticus und später auf eine wachsende Anämie und zuletzt auf Atrophie von Opticusfasern hindeuten. Klinisch lässt sich ferner nachweisen, dass es zuerst speziell die zur *Macula lutea* verlaufenden Fasern sein müssen, welche erkranken oder doch wenigstens theilweise oder ganz funktionsunfähig werden.

Die Patienten merken allmälich, dass sie nicht mehr so deutlich sehen,

wie früher. Es kommt ihnen vor, als ob ein leichter Nebel vor ihren Augen (denn gewöhnlich sind beide affizirt) liege. Dieser Zustand wird besonders beim Lesen und jeder Naharbeit immer unerträglicher. Schliesslich kaufen sie sich eine Konvexbrille, die ihnen anscheinend eine Zeit lang etwas Hülfe verschafft; bald aber scheint ihnen eine stärkere doch besser. Wenn sie so zwei bis drei Brillen gekauft haben, merken sie, dass trotz der Brillen es mit dem Sehen nicht mehr gehen will und dass sie auch auf die Ferne immer schlechter sehen. Bei genauer Untersuchung lässt sich ausser der allgemeinen Herabsetzung der Sehschärfe ein dem Zentrum der Retina (*Macula lutea*) entsprechender dunkler Fleck im Gesichtsfeld nachweisen, ein zentrales Skotom. Diese lokale Erblindung mag sich bloss für Farben (speciell Roth) geltend machen, oder sie ist absolut. In leichteren Fällen mag sie nicht einmal nachzuweisen sein. Wenn das Skotom besteht, so hat es eine liegende ovale Form. Diese Kranken sehen häufig im Dämmerlichte besser, als sonst.

Schreitet die Affektion fort, so kommt es wohl schliesslich zur Sehnervenatrophie mit völliger Erblindung.

Die Tabakamblyopie tritt erst nach jahrelangem Gebrauch des Tabaks auf. Es ist dazu auch nicht nöthig, dass die Quantität des verbrauchten Tabaks eine absolut exzessive sei, sie muss aber jedenfalls relativ exzessiv sein für das Nervensystem des Patienten. Die Tabakamblyopie betrifft aus naheliegenden Gründen hauptsächlich das männliche Geschlecht, wird aber auch beim Weibe beobachtet. Das Schnupfen des Tabaks scheint nie zu der Intoxikation mit Nikotin zu führen, das Kauen wunderbarerweise selten; das Rauchen ist die Hauptursache der Tabakamblyopie.

Dass die Tabakamblyopie nicht bei allen Rauchern eintritt, hängt von der verschiedenen Resistenz der verschiedenen Individuen etc. ab, und weiterhin scheint sie speciell dann einzutreten, wenn die Konstitution des Rauchers durch irgend einen andern Grund geschwächt wird. Gerade diese letztere Thatsache wird heutzutage gegen die Annahme einer Tabakamblyopie in's Feld geführt. Auch ist die r e i n e Tabakamblyopie verhältnissmässig selten und ist meistens kombinirt mit der Alkoholamblyopie.

Die A l k o h o l a m b l y o p i e beruht wohl unzweifelhaft auf derselben pathologischen Veränderung, welche wir in andern Geweben der Alkoholiker finden, und die sich hauptsächlich durch eine Vermehrung des Bindegewebes auszeichnet. Im Opticus ist an die Vermehrung der Bindegewebssepta ein langsamer Zerfall der Sehnervenfasern durch Malnutrition geknüpft. In dieser Weise kann das langsam fortschreitende Uebel schliesslich zur völligen Erblindung führen. Obgleich Branntweingenuss unzweifelhaft viel leichter und schneller zur Alkoholamblyopie führt, als der Genuss weniger starker Spirituosen, so kann doch der Genuss aller Arten von Spirituosen denselben Erfolg haben.

Das Krankheitsbild der Alkoholamblyopie is dem der Tabakamblyopie so nahe verwandt, dass ich es nicht gesondert zu schildern brauche. Auch die r e i n e Alkoholamblyopie, wie die reine Tabakamblyopie, wird verhältnismässig selten beobachtet, doch ist die Anzahl der beobachteten Fälle von reiner Alkohol- resp. Tabakamblyopie gross genug, um die Existenz beider als unzweifelhaft erscheinen zu lassen.

In den meisten Fällen sind nun ja auch *de facto* Raucher zugleich Alkoholkonsumenten und umgekehrt. Daher ist es natürlich, dass diejenige Form der Intoxikationsamblyopie, welche ihre Entstehung dem

kombinirten Einfluss von Nikotin und Alkohol verdankt, die häufigste ist.

Die geschilderten Krankheitsbilder sind so klar und so unzweideutig, nach meiner Meinung, dass ich dafür halte, dass ein Arzt sich schwer an seinem Patienten vergeht, welcher den Effekt der angegebenen Intoxikationen auf das Sehen in Zweifel zieht.

In der Therapie der kombinirten Alkohol- und Tabakamblyopie, sowie in jeder der beiden Formen für sich, spielt die sofortige und totale, nicht die allmälige Abstinenz von dem Gebrauche der jeweiligen Noxe oder Noxen eine ebenso logische, als wichtige Rolle. Hier liegt aber auch zugleich bei vielen Patienten das Haupthinderniss zur Heilung, nämlich der Mangel an Energie, den ein zweifelhaftes Wort des Arztes leider noch zu oft zum Schaden des Patienten unterstützt. Welche weitere therapeutische Behandlung im gegebenen Falle am besten angebracht sei, ob Strychnin, Jodkalium, Amylnitrit, oder was sonst, muss im einzelnen Falle entschieden werden. Völlige Abstinenz ist aber die Hauptsache, und ich habe leichtere Fälle völlig ohne jeglichen therapeutischen Eingriff heilen sehen, wenn nur der Genuss der schädlichen Substanzen gänzlich aufgegeben wurde. Auf der andern Seite muss ich jedoch auch zugeben, dass in manchen Fällen das geeignete therapeutische Eingreifen auch da zum Ziele führt, wo nur eine Verminderung der Quantität und Aenderung der Qualität der schädlichen Genussmittel, nicht aber eine totale Abstinenz, zu erzielen ist. Die totale Entziehung der Genussmittel ist ungefährlich und ruft keinerlei beunruhigende Symptome hervor. Unbehaglichkeit und Verstimmtheit treten zwar gewöhnlich auf und verschwinden wieder; auch ist Schlaflosigkeit häufig zu beobachten, dieselbe pflegt jedoch der Anwendung von Bromkalium schnell zu weichen. Dagegen macht sich eine Verbesserung sämmtlicher Symptome nach wenigen Tagen schon geltend und der Appetit nimmt oft wunderbare Dimensionen an. Die Defäcation wird regelmässiger, die Herzthätigkeit kehrt allmälig zur Norm zurück, und der Patient fühlt sich sehr bald schon in jeder Beziehung gekräftigt. Auch die Amblyopie weicht allmälig und, wenn der Process noch nicht zur wirklichen Zerstörung von Nervenfasern geführt hat, so mag das Sehen wieder völlig normal werden. Leider ist das Letztere jedoch, wenigstens für beide Augen des Patienten, ein verhältnissmässig seltenes Resultat. Meist bleibt ein, wenn auch geringer, Theil der Sehschärfe verloren. Im grossen Ganzen schreitet in vorgerückteren Fällen die Verbesserung mehrere Monate hindurch langsam fort. Um daher die grösstmögliche Verbesserung zu erzielen, muss die Abstinenz von 3 bis 6 Monate lang fortgesetzt werden. Nach einem solchen Zeitraume mag, ohne Gefahr der sofortigen Verschlimmerung, der Genuss der schädlichen Substanzen in mässigen Quantitäten wieder gestattet werden. Da die Patienten die Symptome der wieder eintretenden Intoxikation wohl kennen und fürchten, ist es nur sehr selten der Fall, dass wir ein zweites Mal Gelegenheit haben, denselben Patienten wegen Tabak- oder Alkoholamblyopie zu behandeln.

Die nächst häufigste Intoxikationsamblyopie ist wohl die durch Blei hervorgerufene, die Amblyopia saturnina. Während wir bei den vorher beschriebenen Amblyopieen keinen direkten ophthalmoskopischen Nachweis von entzündlichen Vorgängen im Opticus finden können, obgleich wenigstens bei der Alkoholamblyopie ein solcher *a priori* angenommen werden muss, so verhält sich das etwas anders bei der Bleiamblyopie. Hier findet sich ophthalmoskopisch eine *Neuritis*

optica oder, im vorgerückteren Stadium, eine zweifellos aus einer *Neuritis optica* entstandene Atrophie des Sehnerven. Auch die Bleiintoxikation führt zur Amblyopie erst, nachdem andere Symptome vorangegangen sind, wie Bleikoliken, Lähmungen, d. h. Gehirnsymptome, etc.

Nicht alle Individuen, welche mit Blei zu thun haben (also ganz speziell Anstreicher, Farbenmischer u. s. w.), werden vom Blei vergiftet. Hier kommt es eben wieder auf die individuelle Resistenzfähigkeit an.

Man hat in neuerer Zeit verschiedentlich darauf hingewiesen, dass man zuweilen bei der *Amblyopia saturnina* Eiweiss im Urin fand, und einige Autoren neigen sich desshalb der Ansicht zu, dass wir es nicht mit einer selbstständigen Erkrankung des Opticus (oder seines Zentrums) zu thun haben. Sie glauben vielmehr, die *Amblyopia saturnina* als eine *Neuritis* oder *Neuroretinitis albuminurica* in Folge von Nierenerkrankung erklären zu müssen. Obgleich sich diese Erklärung nicht so ohne Weiteres von der Hand weisen lässt, so sind doch genug Fälle von Bleiamblyopie ohne Albuminurie beobachtet worden, um die Erklärung ihres Zustandekommens durch eine Bleinephritis nicht als allgemein geltend bestehen lassen zu können. Bei der Bleiamblyopie werden Recidive verhältnissmässig häufig gesehen, da es sich meistens um Arbeiter handelt, welche nicht ohne Weiteres ihre Beschäftigung zu ändern im Stande sind.

Wie überhaupt bei Bleiintoxikation, so scheint auch bei der Bleiamblyopie das beste therapeutische Verfahren in der Darreichung von grössern Dosen von Jodpräparaten zu bestehen. Ich habe selbst nur zwei solche Fälle zu sehen Gelegenheit gehabt; in beiden wichen die Symptome innerhalb 3 Wochen der Behandlung mit Jodkalium.

Unter den therapeutisch zur Verwendung kommenden Agentien gibt es eine Anzahl, welche zu vorübergehenden Intoxikationsamblyopieen die Ursache abgeben können. Dahin gehören natürlich zunächst alle *Mydriatica*, welche durch die Lähmung der Accommodationsmuskulatur eine wenigstens akkommodative Amblyopie hervorrufen, die nach Entziehung der Noxe wieder schwindet. (In dieselbe Klasse der Intoxikationsamblyopieen, wie ich hier erwähnen möchte, d. h. in die der akkommodativen Amblyopieen, gehören auch die durch Ptomaine hervorgerufenen Amblyopieen, wie sie nach Genuss von Wurst, Fischen und Wildpretpasteten beobachtet sind.)

Die Chininamblyopie ist, nachdem schon vor Von Graefe einige Fälle und von ihm selbst 2 Fälle veröffentlicht worden waren, in neuerer Zeit für einen vorübergehenden Zeitraum förmlich Mode geworden. Seit einiger Zeit hat man wieder nichts weiter davon gehört. In den beschriebenen Fällen trat die Amblyopie oder vorübergehende Amaurose nebst Taubheit in akuter Weise nach grossen Dosen von *Chininum sulfuricum* auf. Der ophthalmoskopische Zustand deutete in allen Fällen auf hochgradige, sowohl arterielle, als auch venöse Anämie der Optici hin. Das Gesichtsfeld war in den Fällen von Amblyopie meist konzentrisch verengt. Während die meisten dieser Fälle unter geeigneter Behandlung in horizontaler Lage mit Amylnitrit, Elektrizität, Eserin, Strychnin, wieder völlig zur Norm zurückkehrten, hat eine kleine Anzahl aller Behandlung widerstanden und die Augen sind völlig erblindet. Unter den veröffentlichten Fällen sind nun aber auch eine Anzahl, in denen die Amblyopie nur einseitig auftrat, und diese sind desshalb mit Recht als Intoxikationsamblyopieen anzuzweifeln. Nach einer Drachmendose von *Chin. sulf.* habe ich einmal eine vorübergehende Intoxikationsstörung an mir selbst beobachtet; es war aber keine Amblyopie,

sondern ein eigenthümliches Gelbgrünsehen. Jedenfalls ist es ein Glück, dass nur wenige Individuen von einer Chininintoxikation amblyopisch oder gar amaurotisch werden, sonst würde mit dem ja hier ebenso beliebten, als wohl auch therapeutisch indizirten Chinin viel Unheil angestiftet.

Bei Santoninintoxikation ist ausser dem bekannten Gelbsehen oder einer förmlichen Farbenblindheit auch eine Amblyopie beobachtet worden, welche jedoch ohne bleibenden Schaden wieder verschwand.

Die Intubation des Larynx.

Von Dr. Georg Thilo, Chicago, Ill.

Der Arzt empfindet die Machtlosigkeit der Heilkunde selten tiefer, als an dem Krankenbette eines mit dem Ersticken ringenden, am Croup erkrankten Kindes. Das plötzliche Erscheinen dieses schrecklichen Krankheitsbildes, die anscheinend geringfügige Ursache in der behinderten Passage für die Luft und die Aussichtslosigkeit eines grausamen operativen Eingriffs machen seine Lage noch untröstlicher. Um so freudiger musste man desshalb in der Intubation des Larynx ein Mittel willkommen heissen, welches die kühnsten Verheissungen mit der unbedeutendsten Operation verknüpfte.

Leider gingen diese sanguinischen Hoffnungen nur sehr unvollständig in Erfüllung ; denn der Erfolg, welcher anfangs einen hohen Prozentsatz aufwies, wurde durch das anwachsende Material auf 25 Prozent der behandelten Fälle reduzirt. Erwägt man, dass diese Operation aus an sich einleuchtenden Gründen in einem für den Erfolg zumeist günstigen Stadium, — ja vielfach unter Umständen vollzogen wird, wo ein natürlicher Ausgleich sehr wohl möglich ist : so steht die Intubation hinsichtlich des Nutzeffektes unstreitig hinter der Tracheotomie zurück.

Dieser Misserfolg kann Niemand befremden, der die O'Dwyer'schen Instrumente einer Prüfung unterzieht, die Schwierigkeit kennt, die für die Passage der Secrete nach der Tracheotomie erwachsen, und die Thatsache erwägt, dass die Mehrzahl der Tracheotomirten der Bronchostenose erliegt. (Vide Billroth und Pitha. Statistik Kroenleins der Berliner Klinik).

Die Oeffnungen der O'Dwyer'schen Tuben sind nämlich behufs Erleichterung der Operation und des Schluckaktes so klein, dass eine erfolgreiche Verwendung derselben bei der croupösen Tracheitis und Bronchitis geradezu wunderbar erscheint. Zugleich ist auch die platte Form und die Grösse des Kopfes der Tuben so wenig den anatomischen und physiologischen Bedingungen angepasst, dass eine diesbezügliche Verbesserung derselben naheliegt.

Schreiber dieses hat sich diese Aufgabe gestellt und sich dabei von der Ueberzeugung leiten lassen, dass die Intubation nur dann einen wissenschaftlichen Fortschritt bedeutet, wenn sie hinsichtlich der Weite der Tuben und der unbehinderten Nahrungsaufnahme der Tracheotomie ebenbürtig zur Seite steht.

Sobald diese fundamentalen Bedingungen erfüllt sind, so verdient sie unstreitig vor der Tracheotomie den Vorzug; denn die frühzeitige, gefahrlose, schleunigst vollzogene Operation, der natürlich feuchte Zustand der Secrete im Gegensatz zu der lederzähen Beschaffenheit derselben nach der Tracheotomie, der absolute Ausschluss accidenteller

Wundkrankheiten, sind demnächst die wichtigsten Faktoren für den Erfolg.

Der Verfasser hat folgende Ueberlegungen der Konstruktion seiner Instrumente zu Grunde gelegt:

Die Stimmbänder besitzen eine hochgradige Nachgiebigkeit; sie retrahiren sich beim tiefen Athmen nahezu zur Weite der Trachea; sie werden im schlaffen Zustand von dem zartesten Silberdraht zur Seite gedrängt und sind vermöge der reichen Einlage an elastischen Fasern ausserordentlich widerstandsfähig gegen Decubitus.

Die zweckentsprechende Anwendung runder Tuben ist daher nicht allein gerechtfertigt, sondern sie verdient auch vor den platten Tuben den Vorzug, da diese mit konzentrirter Kraft die angeheftete Kommissur der Stimmbänder komprimiren.

Ferner vollzieht sich der Verschluss des Kehlkopfes nicht ausschliesslich durch Ueberlagerung der Epiglottis, sondern auch wesentlich durch eine aktive Verengerung der Glottis.

Drückt man nämlich die Zungenwurzel so energisch nieder, dass man hierdurch eine Kontraktion des Schlundes auslöst und die Apertur des Kehlkopfes sichtbar wird, so kann man diese Verengerung deutlich beobachten.

Auch weist die Anatomie des Kehlkopfes einen hierzu veranlagten Mechanismus in den *Mm. ary-epiglottici* auf, welche sich zumeist an genäherten Punkten der nach unten verengerten Epiglottis inseriren und die *Membrana quadrangularis* und die *Cartilagines arytenoideae* in der Weise umschlingen, dass ihre Kontraktion eine Verengerung der Apertur des Kehlkopfes zur Folge haben muss. Diese Funktion ist für den korrekten Schluckakt offenbar wesentlich, denn sie allein erklärt das fortbestehende Schluckvermögen bei vollständigem Defekt der Epiglottis durch Lupus, Syphilis, Tuberkulose, etc.

Der Verfasser hat daher die Metalltube durch eine weiche Gummitube in der Weise verlängert, dass diese das *Cavum superius* des Kehlkopfes ausfüllt ohne die Verengerung der Apertur zu verhindern, und dennoch der obturirenden Anschwellung der *Plicae epiglotticae* vorbeugt, wie sie beim Oedem des Kehlkopfes so häufig beobachtet wird.

Das gesammte Instrumentarium des Verfassers ist daher folgendermaassen beschaffen:

Die Metalltuben haben eine Länge von $\frac{3}{4}''$ bis $1\frac{1}{4}''$, eine Weite von 6, 7, 8 und 8 mm. Dieselben sind vom dünnsten vernickelten Kupferblech angefertigt, sind an der oberen Oeffnung durch einen schmalen Ring *a* begrenzt, welcher sich zu einem freien Bogen *b* ausweitet, und besitzen 12 bis 16 mm. unterhalb dieses Ringes eine leichte Anschwellung *d*, behufs Fixation der Tube.

Dem Ringe *a* sitzt ein nach einer Seite abgeschrägter und nach oben verengter Gummiring von 8 bis 10 mm. Höhe auf.

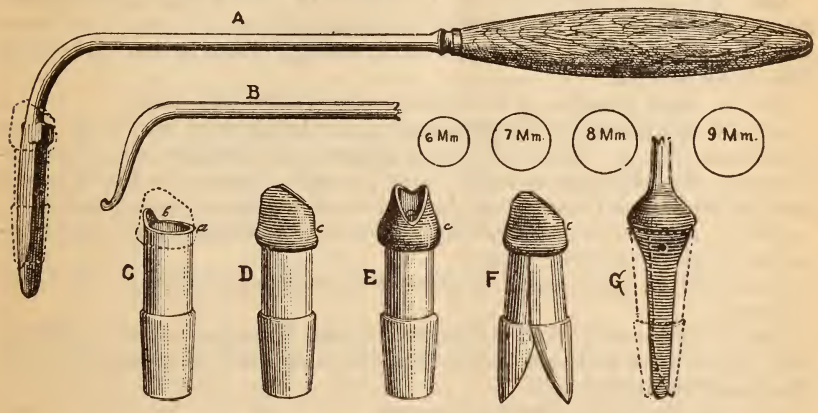
Die Einführung wird mittelst des Induktors *D* vollzogen, welcher aus einem Handgriff und einer Einlage aus Hartgummi zusammengesetzt ist. Dieselbe missglückt nur selten, wenn man nachstehender Weisung Folge leistet.

Nachdem man das Kind auf dem Schoosse einer energischen Person hinreichend fixirt, die Kiefer durch eine geeignete Sperre eröffnet und die Tube mit einem Sicherheitsfaden versehen hat, gleitet man mit dem linken Zeigefinger über die jeder Fixation widerstrebende Epiglottis hinweg, tastet die vertiefte Apertur des Kehlkopfes, fügt daselbst die Spitze des Instrumentes ein, und drückt dasselbe unter Kontrolle mit

dem Zeigefinger und Senken des Griffes in den Larynx hinunter. Alsdann setzt man die Spitze des Zeigefingers an den Bogen *a* und extrahirt den Induktor und demnächst den Sicherheitsfaden.

Zur Extraktion der Tube dient ein dem Induktor analog konstruirtes Instrument *E*, welches an Stelle der Einlage für die Tube mit einem Häkchen versehen ist. Man tastet mit dem linken Zeigefinger den Bogen *a*, gleitet daneben mit dem Häkchen in die Tube hinab und an der hintern Wand der Tube wieder aufwärts, so greift das Häkchen regelmässig in den Bogen *a* ein, und die Tube folgt der Extraktion des Instrumentes.

Mit diesen Instrumenten hat der Verfasser folgende 3 Fälle von Diphtheritis und membranösem Kroup mit vollständigem Erfolge und einen mit tödtlichem Ausgange behandelt.



I. Karl Zölk, 6 Jahre alt, Chicago, erkrankte am 26. Oktober, 1886, an einer Diphtheritis mit ausgiebigem Belag der Tonsillen und der Fauces und schwerem Allgemeinleiden. Die Behandlung bestand im vorsichtigen Touchiren mit 5prozentiger Höllensteinlösung und Inhalationen einer Jod-Galläpfel-Lösung.

Am 30. Oktober gesellte sich eine kroupöse Laryngitis dazu.

Am 5. November hatte die Suffokation den bedrohlichsten Höhepunkt erreicht und das Kind lag semikomatös im Schoosse der Mutter.

Die Intubation mit einer Tube von 8 mm. Weite führte sogleich den Ausgleich der Athmung und eine Expektoration reichlichen Schleimes und eingebetteter Membrantheile herbei.

In den folgenden Tagen wird das Leiden durch eine *Bronchitis crouposa* komplizirt, welche durch zahlreiche Ronchi, beschleunigtes Athmen, Schmerzen auf der Brust und abundante Expektoration hinreichend gekennzeichnet war.

Am 15. November haben sich die Membranen im Rachen völlig abgestossen, die Tube wird extrahirt, die Athmung ist noch zeitweilig von Stridor begleitet, doch schreitet die Genesung stätig fort.

Am 30. November ist die Stimme wieder normal.

II. Wilhelm More, 6 Jahre alt, Chicago, erkrankte am 22. Dezember 1886 an Diphtheritis mit disseminirten *Plaques* der Tonsillen und der Fauces. Zwei Geschwister litten an derselben Krankheit.

Am 24. Dezember gesellte sich membranöser Kroup dazu.

Am 26. Dezember war die Intubation unvermeidlich, welche mit einer

Tube von 8 mm. Weite vollzogen wird. Die Therapie bestand im Touchiren mit 5prozentiger Höllensteinlösung und Inhalationen von *Aqua calcis.*

Im Laufe der nächsten Tage wird die Krankheit durch eine kroupöse Bronchitis und eine hochgradige Herzschwäche mit fadenförmigem Puls und kühlen Extremitäten komplizirt.

Am 3. Januar '87 wird die Tube extrahirt und die Genesung schreitet anscheinend fort.

Am 8. Januar nöthigt eine erneuerte Suffokation wiederum zur Einführung einer Tube, welche nunmehr bis zum 29. Januar, 3 Wochen hindurch, im Kehlkopf verbleibt, während welcher Zeit massenhafter Schleim und eingebettete Membrantheile expektorirt werden.

Anfangs März ist die Stimme des Kindes wieder vollständig normal.

III. Anna Behrens, 5 Jahre alt, Chicago, erkrankte am 14. März 1887 an Diphtheritis mit disseminirten *Plaques* der Fauces und Tonsillen. Eine Schwester war wenige Tage zuvor derselben Krankheit erlegen.

Am 19. März gesellte sich eine kroupöse Laryngitis dazu.

Am 22. März nöthigt die Suffokation zur Intubation mit einer Tube von 7 mm. Weite. Eine $3\frac{1}{2}$" langer Abguss der Trachea wird expektorirt und die Athmung normal. Die Therapie bestand in Pinselungen mit Jod-Galläpfel-Tinktur und Inhalationen von Glaubersalzlösung.

Am 25. März erneuerte Suffokation unter Anzeichen einer Bronchostenose und *Bronchitis crouposa.*

Am 26. März Expektoration einer mehrzölligen Membran und freies Athmen.

Am 30. März wird die Tube extrahirt; die Athmung ist in den nächsten Tagen noch zeitweise von Suffokation begleitet; doch schreitet die Genesung stätig fort und

Anfangs Mai ist die Stimme normal.

IV. Emil Kropp, 4 Jahre alt, Chicago, kam am 22. Januar 1887, nach 5tägiger Erkrankung an Diphtheritis und konsekutivem Kroup, vollständig komatös in die Behandlung des Verfassers. Die Intubation mit einer Tube von 7 mm. Weite ergiebt nur einen unvollständigen Ausgleich der Athmung. Die inspiratorischen Einziehungen an der Clavicula werden ausgeglichen, während dieselben im Epigastrium nur vermindert werden. Demgemäss bleiben die Lungen atalektatisch. Energische Belebungsmittel und künstliche Athmung bringen das Kind erst nach 15 Minuten wieder zum Bewusstsein.

Am nächsten Tage ist das Bewusstsein noch erhalten, doch bleibt das Athmen insuffizient, und am 3. Tage erfolgt der Tod im Koma.

In sämmtlichen Fällen war das Schluckvermögen nur wenig beeinträchtigt; zwar war es in den ersten Tagen und auch häufig späterhin von Husten begleitet, doch konnte auf Geheiss eine Tasse voll Milch zumeist auf einen Zug geleert werden.

Obgleich der Verfasser leider keine Gelegenheit fand, eine weitere Vervollkommnung seiner Instrumente einer Prüfung zu unterwerfen, so glaubt er doch, um der augenfälligen Vorzüge derselben willen sie erwähnen zu dürfen. Die Vervollkommnung besteht in der Verwendung einer zweiblättrigen Tube, die zum Zwecke der erleichterten Einführung durch die Einlage des Induktors *A* verengert werden kann, und sich nach Extraktion des Induktors durch die Elastizität des Gummiringes *B* selbstthätig erweitert.

REFERATE.

Otologie.*

(Schluss.)

Ralph W. Seiss. — A new method of treating chronic aural catarrh. — *Medical News*, February 5, 1887.

Verf. unterscheidet drei Formen von Erkrankungen der Rachenmündung der Eustachischen Röhre :

1. Röthe und Entzündung der Lippen.
2. Hypertrophie derselben, einhergehend mit solcher der Rachentonsille und hinteren Muschelenden.
3. Atrophie derselben.

Da die bisher üblichen Applikationen ihn nicht befriedigten, konstruirte er einen am Ende geschlossenen und daselbst mit feinen seitlichen Oeffnungen versehenen Eustachischen Katheter, durch welchen mittelst geeigneter Spritze Injektionen in den unteren Theil der Tuba gemacht werden. Für hyperämische Zustände mit abundanter Sekretion empfiehlt er eine schwache Dobell'sche oder eine gesättigte Borsäurelösung, für die zweite Klasse Zinklösungen, für Atrophie Listerine oder Jodtinktur mit Karbolsäure. In der Regel wird eine Drachme zweimal wöchentlich eingespritzt, und hat auch Burnett von dem Verfahren gute Erfolge gesehen.

Chas. H. Burnett. — Chronic purulent otorrhoea, its nature and treatment. — *Medical News*, Oct. 3, 1886.

Ursachen von Ohreneiterungen sind Nasopharyngeal- und Tubenkatarrhe, auch das Zahnen bei Kindern, Eindringen von kaltem Wasser ins Ohr, die Nasendouche, das Inhaliren von Medikamenten, schliesslich Tuberkulose, bei welcher die Perforationen hauptsächlich im obern und hintern Theil des Trommelfells erfolgen. In der Schilderung der Symptome wird auf die Wichtigkeit und Nothwendigkeit hingewiesen, Ohreneiterungen nicht sich selbst zu überlassen, da vernachlässigte Fälle Granulations- und Polypenbildungen befördern und ausser Taubheit auch schwere Komplikationen von Seite des Gehirns und der Sinus nach sich ziehen können.

Reinigung des Ohres ist der erste Schritt der Behandlung und wird das Ausspritzen am besten vom Arzte selbst vorgenommen. Bei grossen Perforationen wird die trockene Behandlung empfohlen und Borsäurepulver mit Hydrastia, oder Calendula oder Resorcin, mit Salicylsäure und Jodoform eingeblasen. Wenn erfolglos, können Instillationen starker Höllensteinlösungen gemacht werden. Ist die Perforation in der Shrapnell'schen Membran, dann ist sie meist für Pulvereinblasungen zu klein, und haben B. Injektionen einer 3-proz. Karbolsäurelösung mittelst hiezu geeigneter Spritze gute Dienste geleistet.

Granulationen werden am besten mit Chromsäure zerstört, gestielte Polypen abgeschnürt. Die Indikationen für operative Eröffnung des Warzenfortsatzes schränkt B. mehr ein, als die meisten Autoren, und sagt, dass die Operation selten benöthigt wäre.

Louis J. Lautenbach. — A unique case of injury to the ear. — *Maryland Medical Journal*, Dec. 11, 1886.

Ein Expresszug fuhr am Patienten vorbei, welcher in entgegen-

* Irrthümlicherweise war in voriger Nummer „Laryngologie" anstatt „Otologie" gesetzt. D. Red.

gesetzter Richtung ging und gleich darauf Schmerz und Geräusch in dem dem Zug zugekehrten Ohre empfand. Es fand sich eine Granne einer Weizenähre zwischen der äusseren Gehörswand und dem Trommelfell eingeklemmt, welches letztere in der Gegend des Hammergriffes perforirt war. Die Härchen standen nach vorne, wesshalb etwas stärkerer Zug bei der Herausnahme erforderlich war.

Albert H. Buck. — On painless and only slightly painful ulceration and perforation of the membrana tympani. — *N. Y. Medical Journal*, August 21, 1886.

Drei Fälle, von welchen bei einem nur unbedeutende Schwerhörigkeit zurückblieb, einer an hinzutretender Schwindsucht starb, und deren dritter ein vollständiger Invalide wurde. B. betrachtet als Symptome einer tuberkulösen Ohrenerkrankung:

1. Den vorzugsweisen Sitz im obern und hintern Quadranten.
2. Die Abwesenheit oder doch den äusserst geringen Grad von Schmerz, und
3. Die Intoleranz gegen die einfachsten, reizlosesten Mittel.

Stetter. — Ueber die therapeutischen Wirkungen des Jodols bei Ohreneiterungen. — *Archiv für Ohrenheilkunde*, XXIII. Band, 4. Heft.

Verfasser hat, um den, vielen Patienten unangenehmen, Geruch des Jodoforms zu vermeiden, Jodol bei eitrigen Otitiden in Anwendung gebracht. Im Allgemeinen wurde bei frischen acuten oder erst eine Woche bestehenden Fällen eine rasche Besserung, resp. Heilung erzielt ; die chronischen Fälle zeigten ein sehr verschiedenes Verhalten. Mehrere angeführte Krankengeschichten bestätigen die günstige Wirkung des Jodols, das ein oder zweimal in 24 Stunden in den sorgfältig gereinigten und gut ausgetrockneten Gehörgang eingeblasen wurde.

M. Rollin.—Plaie des deux oreilles par balle de revolver. Extraction des projectiles. Troubles oculaires et intellectuelles consécutifs. — *Annales des maladies d'oreille etc.*, December 1886.

Selbstmordversuch eines 27jährigen Mannes mittelst Revolverschuss in beide Ohren. Absolute Taubheit von Anfang an war bald von totaler linksseitiger Facialisparalyse gefolgt, darnach Abszessbildung in der Gegend des linken Gehörgangs und nach vorübergehender Erleichterung heftigste Schmerzen mit getrübtem Sensorium. Durch Incision hinter der Ohrmuschel wurde die Kugel entfernt; der Kranke besserte sich, doch die linke Cornea wurde trübe. 1½ Monat später Entfernung der zweiten Kugel, die 5 cm. tief lag. Anfängliche Besserung ward bald von zunehmenden geistigen Störungen gefolgt, und wurde Patient ins Irrenhaus gebracht. Das linke Auge war mittlerweile verödet, die Taubheit blieb unverändert bestehen.

C. Roller. — Zur Paracusis Willisii. — *Archiv für Ohrenheilkunde*, Band 23, Heft 4.

Patientin mit verminderter Hörfähigkeit (Flüstern 5 cm.) hört bedeutend besser (Flüstern 50 cm.) beim Aufsetzen einer vibrirenden Stimmgabel auf den Scheitel — die Erscheinung der Paracusis W. Da nach Entfernung von doppelseitigem Cerumen eine Besserung des Gehörs und Verschwinden der Paracusis eintritt, schliesst sich R. der

SHARP & DOHME,

FABRIKANTEN VON

DROGUEN UND CHEMIKALIEN,

BALTIMORE, MD.

Wir erlauben uns, die Aufmerksamkeit der Herren Aerzte auf die von uns dargestellten Medikamente zu lenken ; dieselben sind von vorzüglicher Qualität und durchaus zuverlässig, da wir mit der allergrössten Sorgfalt vorgehen — sowohl bei der Auswahl der rohen Droguen als auch bei der Herstellung unserer Präparate, so dass die letzteren in stets sich gleichbleibender Stärke und von der ausgezeichnetsten Güte sind.

Wir fabriziren alle officinellen und anderen gebräuchlichen

FLUESSIGEN, FESTEN UND PULVERISIRTEN EXTRACTE,

MIT EINSCHLUSS ALLER NEUEN MITTEL.

REINE CHEMIKALIEN, ELIXIRE, SYRUPE, FERRUM DIALYSATUM,

PEPSINUM SACCHARATUM, U. S. P.

Salze in Körnchenform, moussirend,
(GRANULAR EFFERVESCENT SALTS),
Komprimirte Tabletten und Trochisci,
(COMPRESSED TABLETS AND LOZENGES),
Titrirte Tabletten,
(TABLET TRITURATES).

VOLLKOMMEN LOESLICHE

UEBERZUCKERTE UND GELATINE-PILLEN,

Enthaltend alle offizinellen und andere bekannte und beliebte Formeln.

Diese Pillen werden mit äusserster Sorgfalt und unter genauester Ueberwachung hergestellt.
Die Droguen, welche dazu benutzt werden, sind von bester Qualität.
Die Verhältnisse und Mengen sind genau solche, wie sie die Etiquette anzeigt.
Die Excipientien, um die Pillenmassen darzustellen, werden für jeden Fall speziell ausgewählt, damit die Pillen stets und unwandelbar im Magen- und Darmsafte löslich bleiben.
Der Zucker- und der Gelatine-Ueberzug ist ungemein leicht löslich und wird derselbe in keinen andern Pillen in so eleganter Form und Ausführung gefunden.

Wir machen besonders aufmerksam auf unsere

Loesliche Tabletten zu hypodermatischem Gebrauche.

Diese Tabletten lösen sich ***schnell und vollstaendig*** *in* ***kaltem*** *oder warmem Wasser.*
Sie zeichnen sich aus durch Genauigkeit der Dosirung und durch Dauerhaftigkeit der activen Bestandtheile.
Der Hauptbestandtheil, welchem letztere einverleibt sind, ist durchaus unschädlich und zweifelsohne.
Sie verursachen keine Abscesse.
Sie werden nicht mit der Zeit unlöslich.
Sie können auch per os verabfolgt werden.

☞ **Kataloge, welche die Zusammensetzung und Dosirung aller unserer Präparate enthalten, werden auf Wunsch jedem Arzte zugesandt.**

Unsere Präparate können durch alle hervorragenden Droguenhäuser in den Vereinigten Staaten bezogen werden.

Unser alleiniger Vertreter für die Stadt New York:

GEO. T. RIEFFLIN, 106 West Houston St.

Emerson's ALBUMENOID FOOD

gegen CHOLERA INFANTUM.

ANALYSE.

	PROCENT.
Wasser	5.50
Asche (1.39 Proc. phosphorsauren Kalk, aus Knochen dargestellt, enthaltend)	2.32
Gesammt-Menge der Eiweissstoffe (aus Eiern gewonnen)	19.25
Fett	5.49
Zucker	41.67
Stärke (gelatinirt)	25.77
	100.00

Anerkanntermaassen besteht die beste Diät in Fällen von *Cholera Infantum* in *Eiweiss* und Zucker in Verbindung mit leichten Cerealien in den oben angegebenen Verhältnissen.
Man wird dieses Nahrungsmittel besser wirkend finden, als andere Präparate dieser Art.
Es wird garantirt als frei von Droguen und Medikamenten.
Es ist nicht mit Pepsin, Pancreatin oder anderen Verdauungs-Fermenten versetzt.
Im Verhältniss zu seiner konzentrirten Nahrhaftigkeit ist es das billigste im Markte.
Hergestellt von der

Emerson Manufacturing Company,
48 Park Place, New York.

Verkauft von Apothekern. Muster frei für Aerzte.

RESTORATIVE

WINE OF COCA,

gegen alle geistigen und körperlichen Schwächezustände.

Die Aufmerksamkeit der Herren Aerzte wird für dieses neue COCAWEIN-Präparat erbeten. Die meisten, wenn nicht alle andern Cocaweine werden aus Blättern gewonnen. Es ist bekannt, dass die wirksamen Bestandtheile in den Blättern an Stärke variiren, wodurch auch das Präparat unzuverlässig wird. Im RESTORATIVE WINE OF COCA ist die Menge des Alkaloids und in Folge dessen auch die Wirkung konstant. Das verwendete Material ist von bester Wirkung.

Verantwortliche Aerzte werden gern mit Proben versehen.

THURBER, WHYLAND & CO., NEW YORK.

Im Verlage von J. F. BERGMANN in Wiesbaden ist erschienen :

Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht.

Von Dr. H. BREHMER,
Dirigirender Arzt der Heilanstalt für Lungenkranke
in Görbersdorf.

360 Seiten und 10 Temp.-Curven. Preis: 6.40 Mark.

Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke
in Görbersdorf (Schlesien)
(Post- und Telegraphen-Station).

Das ganze Jahr geöffnet und Aufnahme jederzeit. Prospekte gratis franco durch die Expedition dieses Blattes oder durch Dr. BREHMER.

Politzer'schen Deutung des Symptomes an, der es meist bei adhäsiven Mittelohrprocessen beobachtete und durch eine Lockerung der starren Gelenke der Gehörknöchelchen in Folge der Geräusche erklärte. Die Wachspfröpfe in diesem Falle waren lang, zeigten Abdruck des Trommelfells, und durch die Stimmgabel gelockert erleichterten sie die Bewegungsfähigkeit der Knöchelchen.

J. M. Da Costa. — Acute cerebro-spinal meningitis due to chronic suppurative otitis. — *Philadelphia Medical Times*, January 8, 1887.

Patient, welcher Typhus und eine seit einem Jahre geheilte eitrige Ohrenentzündung überstanden hatte, bekam plötzlich heftige Kopfschmerzen und bot, in's Spital gebracht, alle Erscheinungen der Cerebrospinalmeningitis dar. Er starb nach ungefähr zwei Wochen und die Sektion zeigte, dass die Erkrankung nicht der epidemischen Form angehörte, sondern durch lange andauerndes Ohrenleiden bedingt war. Der Schläfenknochen war erweicht, stellenweise zerstört, und die Entzündung erstreckte sich augenscheinlich vom kranken Knochen auf die harte Hirnhaut. Da Costa erwähnt einen früher beobachteten ähnlichen zweiten Fall einer jungen Dame, die, seit einem Jahre von Ohrenfluss geheilt, plötzlich unter den Erscheinungen der acuten Meningitis erkrankte und starb, und deren Autopsie denselben Befund zeigte.

R. Voltolini. — Otitis media. Polyp im Mittelohr. Meningitis. Alter Abscess im Gehirn. Cholesteatom-Massen im Antrum Mastoideum. Tod. Sektion. Zur Diagnostik und Behandlung der Gehirnabszesse. — *Monatsschrift für Ohrenheilkunde, &c.* Februar, 1887.

Zu dem bereits im Titel enthaltenen Verlauf dieses äusserst interessanten Falles ist nur zu bemerken, dass sich in Folge einer aus unbekannter Ursache entstandenen Mittelohrentzündung ein Polyp in der Paukenhöhle entwickelte, der die *Membrana flaccida* durchbohrte, das Loch aber völlig ausfüllte. Dadurch entstand Eiterretention im Mittelohr, und da sich bei der Sektion bedeutende Dehiscenz des *Tegmen tympani* vorfand, fand der Eiter einen Weg unter die *Dura mater*, und die Folge war exquisite Basilarmeningitis mit hühnereigrossem Abszess im linken Seitenlappen. V. meint, dass wenn im Anfang das Trommelfell ausgiebig gespalten worden wäre, der lethale Ausgang wahrscheinlich nicht eingetreten wäre.

L. Löwe. — Ueber ein einfaches Verfahren zur Entfernung der Ohrenpolypen, nebst Bemerkungen über die Technik des Ohrenausspritzens. — *Monatsschrift für Ohrenheilkunde, &c.* Januar 1887.

L. Katz. — Ueber forcirte Wasserinjectionen in's Ohr. — *Ibidem*, Februar 1887.

L. entfernt seit 3 Jahren Ohrenpolypen meist schon in der ersten Sitzung mittelst forcirter Wassereinspritzungen, und konnte nur in 2 Fällen den Polyp nicht sogleich entfernen. Das in's Ohr geführte Rohr ist durch einen elastischen Schlauch mit der Spritze verbunden, und setzt sich der Assistent das Ende der Kolbenstange auf die Brust, fasst die Spitze der Spritze mit beiden Händen und entleert dann die letztere anfänglich langsam, dann mit aller Kraft. Ueble Zufälle will L. dabei nie gesehen haben.

K. bezweifelt, dass L. auf diese Weise andere als feingestielte Polypen entfernt habe, und hält die Einspritzungen nicht für gefahrlos, da er nach Anwendung des Meyer'schen Klysopomps, welches weniger energisch wirkt, einmal Meningitis und Tod, das andere Mal einen ½stündigen eklamptischen Unfall beobachtete.

Albert H. Buck. — On certain technical details relating to perforation of the mastoid process. — *N. Y. Medical Journal*, August 28, 1886.

B. stellt die Resultate seiner Operationsmethode der Eröffnung des Warzenfortsatzes mittelst Drillbohrer denen von Schwartze gegenüber, welcher bekanntlich an der Hand von 100 Fällen den Meissel als das beste Instrument empfiehlt. Er sucht die Einwände Schwartze's gegen den Bohrer zu entkräftigen, und giebt ein Resumé von 29 Krankengeschichten mit 71 Proz. Heilungen (Schwartze 74 Proz.), 12 Proz. nicht geheilt (S. 6 Proz.), 17 Proz. gestorben (S. 20 Proz.)

A. Lucae und L. Jacobson. — 100 Fälle von operativer Eröffnung des Warzenfortsatzes. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 20. September 1886.

Durch die Operation, welche immer mit Meissel, Hammer und scharfem Löffel vorgenommen wurde, wurden 57 geheilt, 31 blieben ungeheilt, wobei die gebesserten eingeschlossen sind, 12 starben. Bei den 57 geheilten Fällen wurde 17 mal wegen akuter Entzündung des Warzenfortsatzes mit Eiterretention, 32mal wegen Entzündungsprozesse im Innern des Fortsatzes, 8mal bei äusserlich gesundem Fortsatz operirt. *Indicatio vitalis* bestand im Ganzen 10mal. An den Todesfällen trug nie die Operation, sondern die konsekutiven Affektionen der Nachbarorgane (Meningen, Sinus) die Schuld. Die geringere Anzahl der Heilungen im Vergleich zu Schwartze's Statistik (74 unter 100 Fällen), schreiben die Autoren der grösseren Indifferenz und schwierigeren Kontrolle über ihr poliklinisches Material gegenüber Schwartze's Fällen in der Privatpraxis zu.

J. Weinlechner. — Osteom in der Warzengegend durch Operation entfernt. Eröffnung der Warzenzellen. Konsekutive eitrige Mittelohrentzündung mit Durchlöcherung des Trommelfelles. Heilung. — *Monatsschrift für Ohrenheilkunde &c.*, November 1886.

Eine 30jährige Dame hatte seit 12 Jahren am linken Warzenfortsatze eine kastaniengrosse, knochenharte Geschwulst, eine *Exostosis eburnea*, welche bekanntlich an diesem Platze sehr selten sind. Der Verlauf ist im Titel enthalten. J. W. G.

Der von der Firma F. A. Reichardt & Co., den Fabrikanten der bekannten „Farny" Instrumente, in unserem Blatte angezeigte verbesserte Morel'sche Apparat zeichnet sich vor dem Originalapparate durch grösserere Dauerhaftigkeit aus, die durch Substituirung von Gummi und Kautschuk an Stelle von Glas bei der Herstellung der einzelnen Bestandtheile erzielt wird. Näheres auf Verlangen durch die genannte Firma.

Ophthalmologie.

H. Knapp. — On Cataract Extraction without Iridectomy. — *Archives of Ophthalmology*, Vol. XVI., No. 1.

Verf. hat sich Galezowski, von Wecker und Panas in der Wiederaufnahme der einfachen Staarextraktion angeschlossen und berichtet eingehend über 29 einschlägige Fälle. Er hält die Staarentbindung ohne Verstümmelung der Iris als das der Regel nach einzuhaltende Verfahren, wenn es auch schwieriger ist, als das v. Graefe'sche, weil es im Ganzen befriedigendere Resultate liefere. In vielen Fällen wird sich jedoch die Iridektomie nicht vermeiden lassen, und K. setzt die Indikationen für dieselbe klar auseinander. Man findet in dem verhältnissmässig kurzen Artikel eine Fülle sehr lehrreicher Winke über operative Details und über Nachbehandlung. Wir heben blos das über Antiseptik, über vorbereitende Behandlung von Thränensackleiden, die Bildung eines Konjunktivallappens und den durch denselben gewährten Schutz gegen sekundäre Wundinfektion, die Anwendung von Eserin und Atropin, über das Drehmanöver bei der Tendenz der Linse in den Glaskörper zu sinken, und schliesslich das über Behandlung des Irisvorfalls Gesagte hervor. Knapp hält an dem Binokulus als einzig sicherem Verband nach Staarextraktion fest und spricht sich lakonisch ablehnend gegen die neuestens von verschiedener Seite angepriesenen Vereinfachungen der Verbandmethode aus. Das Urtheil eines so erfahrenen und vorsichtigen Operateurs, wenn auch mit Weglassung der begründenden Motive abgegeben, ist ein sehr bemerkenswerthes und fällt bei den meisten praktischen Augenärzten mehr in die Wagschale als die sanguinischsten Anpreisungen anderer Methoden von Praktikern geringerer Erfahrung. A. Sch.

Emil Grüning. — A Case of Tumor of the Left Occipital Lobe with Right Homonymous Hemianopsia (with Autopsy). — *Transactions of the American Opthalmological Society*, 1886.

Es handelte sich um einen 55jährigen Mann mit Cephalalgie, Erbrechen, rechtsseitiger homonymer Hemianopsie, beiderseitiger Stauungspapille, rechtsseitiger Hemianästhesie und Hemiparese geringen Grades und leichter Parese der unteren Gesichtsmuskeln linkerseits. Bei der Sektion fand sich ein Tumor im linken Occipitallapen, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Spindelzellensarkom erwies. Er war in einer Bindegewebskapsel eingeschlossen, welche einen Durchmesser von etwa 10 cm. besass. Die erste und dritte Occipitalwindung war ganz und die zweite zum grössten Theil erweicht. Die weisse Substanz des Hinterhauptlappens und die des *Gyrus angularis* und der ganze *Cuneus* waren in Geschwulstmasse aufgegangen. Die Sehnerven, das Chiasma und die *Tractus optici* erschienen mikroskopisch normal. *Pulvinar* und *Corpus geniculatum laterale* waren leicht abgeflacht, offenbar in Folge des vom Tumor ausgeübtem Druckes. A. Sch.

Samuel Theobald. — A Decided Improvement in the Construction of Lachrymal Probes. — *Amer. Journal of Ophthalmology*, März, 1887.

Theobald lässt seine bekannten verstärkten Bowman'schen Sonden aus Aluminium anfertigen, welches bedeutend leichter ist als Silber und auch eine höhere Politur annimmt. A. Sch.

Julian J. Chisolm (Baltimore). — An Interesting Case of Tobacco Amblyopia in a Lady. — *The American Journal of Ophthalmology*, March, 1887.

Eine 40jährige Frau, bei welcher Chisolm Abnahme der Sehschärfe und Nebelsehen mit negativem opthalmoskopischem Befund konstatirte, gestand ihm, als er ihr bemerkte, dass wenn sie ein Mann wäre, er an Tabaksvergiftung denken würde, dass sie stark rauche. Sie hatte sich diese Gewohnheit kurze Zeit nach ihrer Verheirathung auf ermunternden Zuspruch ihres Gatten angeeignet, mit dem sie damals auf einer Farm in North Carolina ein einsames Leben führte. Abstinenz und Strychnin innerlich bewirkten Heilung. A. Sch.

Julian J. Chisolm (Baltimore). — The New Treatment of Cataract Patients. — *Maryland Med. Journal*, 19. März, 1887.

Die Nachbehandlung bei sechs Fällen von (Alters -?) Staar bestand in Verklebung der Lidspalte des operirten Auges allein mittelst eines Streifens englischen Heftpflasters, der nach fünf Tagen entfernt wurde. Das andere Auge wurde offen gelassen. Die Patienten wurden gar nicht zu Bette gebracht, hielten sich jedoch in leicht verdunkelten Zimmern auf und erhielten von Anfang an gewöhnliche Kost. Die Resultate waren vollkommen befriedigend. A. Sch.

Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Pamphlete:

On the Determination of the necessity for wearing glasses by D. B. St. John Roosa, M. D. (The Phycisian's Leisure Library.) — Published by Geo. S. Davis ; Detroit, Mich.

Studien über den Stoffwechsel im Thierkörper. Gesammelte Abhandlungen von Prof. Dr. J. Seegen (Wien). — Berlin, 1887 ; August Hirschwald.

Researches into the Etiology of Dengue Fever, by J. W. McLaughlin, M. D. (Austin, Tex.) — Repr. from the *Journ. of the Am. Med. Association*, June 10, 1886.

Follicular Amygdalitis, by A. Jacobi, M. D. — Repr. from *N. Y. Medical Record*, November 27, 1886.

Ueber federnden Finger (doigt à ressort), von Professor A. Eulenburg (Berlin). — Sep.-Abdr. a. d. *Deutschen Med. Wochenschr.*

Zur Aetiologie und Therapie der Migräne, von Prof. A. Eulenburg. — Sep.-Abdr. a. d. *Wien. Med. Presse.*

(Zuwachs an Wechselblättern :)

Prager Medizinische Wochenschrift; herausg. von dem Verein deutscher Aerzte in Prag (Prof. Ad. Schenkl) und dem Centralverein deutscher Aerzte in Böhmen (Prof. O. Kahler). Redakteur: Dr. W. Raudnitz.

The Western Medical Reporter, J. E. Harper, M. D. ; Editor and Publisher, Chicago, Ill. (Monthly).

The Medical Register; Editors: John V. Shoemaker, M. D. and William C. Wile, M. D., Philadelphia, Pa. (Weekly). Vol. I, No. 1.

The Medical Standard; G. P. Engelhard & Co., Chicago, Ill.; Chicago, Ill. Vol. I, No. 1.

The Health Record, Dr. Mark S. Purdy, Editor. — Corning, N. Y.

Eastern Medical Journal; Editors: Dr. C. E. Nelson (New York), und Dr. A. J. Marston (Worcester, Mass.)

The Pittsburgh Medical Review, Vol. I, No. 1.

Die Redaktion dieses neuen Journals ist in den Händen von einer Anzahl Aerzte, unter denen wir den Namen eines deutschen Collegen — Dr. Adolph Koenig — finden. Die *Review* bietet als neues Unternehmen eine genügende Anzahl von lesenswerthen Originalbeiträgen, Leitartikeln und Referaten, so dass man derselben ein gutes Prognostikon stellen kann.

Gesundheits-Bote, praktische Zeitschrift für Gesundheits- und Krankenpflege, herausg. u. red. v. Dr. W. Denke-Walter, Indianapolis, Ind. Bd. I. No. 1.

Eine populär gehaltene Zeitschrift, welche sich's zur Aufgabe macht, „keine sektirerische Richtung in der Medizin zu vertreten oder zu begünstigen."

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse

erscheint monatlich,
herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

wohin alle geschäftlichen Correspondenzen, Geldsendungen, Aufträge u. s. w. zu adressiren sind.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Manuskripte, Wechselblätter, Bücher und alle redaktionellen Correspondenzen sind zu adressiren an den Redakteur: 328 E. 19. St., New York.

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der **Cherouny Printing Co.** in's Einvernehmen zu setzen.

Bücherschau.

Mittheilungen aus dem Kölner Bürgerhospital. Herausgegeben vom Oberarzt Prof. Dr. Bardenhever. 1. Heft: Osteoplastische Resektion des Manubrium Sterni. 2. Heft: Die Querexcision der Fusswurzelknochen, von Dr. J. Schmidt.—Köln und Leipzig, Albert Ahm, 1887.

1. Heft. In dem Vorworte verspricht B. aus seiner und seiner Assistenz-Aerzte Hand in zwangloser Folge eine Reihe von Aufsätzen, die für Fachschriften theils zu umfangreich sind, theils durch Einfügung der nöthigen Illustrationen, etc., technische Schwierigkeiten darbieten. Die beiden vorliegenden Hefte rechtfertigen in vollem Maasse die Erwartungen, mit denen man den weiteren Veröffentlichungen entgegensehen muss.

In dem ersten Hefte nun eröffnet er die Aussicht auf eine neue Bereicherung der modernen Chirurgie durch Eröffnung des intrathorakalen Raumes als Operationsfeld, und somit zur wirklichen Ermöglichung der Lungenchirurgie. Am Schluss giebt er selbst zu, dass der Titel dieser Arbeit dem Inhalt insofern nicht ganz entspricht, als die Resektion des Sternum bis jetzt von ihm definitiv ausgeführt wurde, die Bezeichnung osteoplastisch also eigentlich zu viel besagt; doch rechtfertigt er ihn damit, dass er vorschlägt, diese Operation späterhin auch osteoplastisch durch Replantation des resecirten Manubrinum Sterni auszuführen.

Die Indikationeu zu der Operation sind zweierlei:

1. Als Selbstzweck zur definitiven Entfernung des selbst erkrankten Brustbeins, und

2. Als präliminare Operation.

a. Bei Verletzungen der Art. od. Vena Subclavia, resp. beider.

b. Bei Aneurysma der Subclavia in der Fossa supraclaviculris und der Carotis im unteren Theil;

c. Zur Entfernung von Tumoren, die mit den qu. Gefässen verwachsen sind;

d. Zur Blosslegung der hinter dem Manubrium Sterni gelegenen Geschwülste;

e. Zur retrosternalen Tracheotomie, und

f. Zur Blosslegung eines retrosternalen Abszesses.

Der Unterbindung der *A. Anonyma* gegen Verletzung der *A. Subclavia* zieht er die doppelte Unterbindung und Durchschneidung in *loco laesionis* vor; doch lässt sie sich in den meisten Fällen schwer ausführen, jedenfalls viel leichter nach vorheriger zentraler Unterbindung, die dann ja als provisorisch wieder gelöst werden kann. Die Operation selbst führt B. von einem T-Schnitt aus, dessen Längsschnitt in der Medianlinie des Sternum 8—10 cm. lang verläuft, während der Querschnitt vom Anfang der linken Clavicula über dem oberen Rand des *Manubrium Sterni* bis zur Mitte der rechten *Clavicula* sich erstreckt. Das Periost wird von der Vorderfl. des Sternum und den betr. Theilen der rechten *Clavicula*, wie der r. 1. und 2. Rippe abgehoben, *Clavicula* und die betr. Rippen 3—4 cm. vom Sternal-Rand durchsägt, mit Knochenhaken nach vorn und innen gezogen, und auch an der Hinterfläche vom Periost befreit, aus ihren Verbindungen mit dem Sternum gelöst, und letzteres nun auch vom Periost abgelöst; auf einer untergeschobenen Stahlplatte wird das *Manubrium Sterni* quer mit Meissel durchtrennt, ebenso der linke Rand; auch empfiehlt B., das linke Sterno-Clavicular-Gelenk zu reseziren, um mehr Platz zu gewinnen. Die tiefe Halsfascie, resp. Periost, wird in der Mitte eingeschnitten und mit 2 Pincetten stumpf nach unten eingerissen, das Periost sanft durch Druck und Zug nach aussen losgelöst und umgeklappt. Nachdem man aber so das hintere Blatt der tiefen Halsfascie durchtrennt und zur Seite geschoben hat, liegt der retorsternale Raum frei und unter Kontrolle des Auges da. Der weitere Gang der Operation wird unter Berücksichtigung der anatomischen Details an einzelnen zum Theil sehr ausführlichen Operationsgeschichten geschildert, und durch photolithographische Abbildungen erläutert.

Die Nachbehandlung besteht in strikter Durchführung der Antisepsis und in der gehörigen Ableitung des Sekretes durch Ausstopfung mit Thymolgaze. Der Verband wird nach 8 Tagen gewechselt, und ist dann schon die ganze Wunde mit Granulationen bedeckt. Die Wundhöhle verkleinert sich rasch, Clavicula und Rippen nähern sich einander und bei erhaltenen Periost bildet sich auch ein verkümmertes Sternum, resp. Clavicula. In Folge der Verschiebung der Schlüsselbeine und Rippen entsteht eine Kyphose (resp. bei einseitiger Resection Skoliose). Die Einwendungen gegen die Operation: zu grosse Schwierigkeit der Technik und zu lange Zeitdauer, weist er zurück, da bei Vervollkommnung des Operationsverfahrens und genügender Uebung beides hinfällig wird. Die Eröffnung des Mediastinum an sich ist ungefährlich, und eine unfreiwillige Verletzung der wichtigen intrathorakalen Gebilde kann grade bei dem deutlichen Ueberblick am besten vermieden werden. Die Gefahr der peripheren Nachblutung theilt sie mit jeder andern Unterbindung nach den alten Methoden; und wird die Gefahr der Nachblutung, Sepsis und Gangrän eher durch die Möglichkeit der gleichzeitigen Unterbindung der benachbarten Gefässe gehoben, wie auch durch die bessere Ableitung der Sekrete. Schliesslich giebt er noch ein Operationsverfahren für die eigentliche "osteoplastische" Resektion an, das im Wesentlichen darin besteht, dass ein Knochen-Weichtheil-Hautlappen, der von der linken Sternalseite, dem obern Rand des *Manubrium Sterni*, der halben rechten Clavicula und den in gleicher Entfernung durchtrennten Rippendurchschnitten begrenzt wird, nach querer Durchmeisselung des Brustbeins nach aussen und unten umgeklappt wird. Nach vollendeter Operation bleibt der Lappen umgeklappt bis zum ersten Verbandwechsel, bei dem er dann replantirt wird.

2. Heft. Um das „Zuviel" oder „Zuwenig", mit dem bisher die Erkrankungen des Fusswurzelknochens durch Amputation oder durch einfaches *Evidément* behandelt wurden, analog den Resektionen an anderen Körpertheilen auf das richtige Maass zurückzuführen, hat Bardenheuer seit 1882 diese Operation eingeführt. Da der Hauptschwerpunkt darauf gelegt wird, das Gebiet des Kranken ganz frei zu legen, macht er einen Querschnitt über den Fussrücken durch alle Weichtheile ohne Schonung der Extensorensehne u. a. bis auf den Knochen, von der Basis des 1. bis zu der des 5. Metatarsalknochens; von beiden Endpunkten werden am Fussrand horizontale Schnitte nach hinten gelegt und der ganze Weichtheillappen von den Knochen abpräparirt — wenn nöthig, wird an dem einen Fussrand (nicht an beiden, da sonst leichter Gangrän des Lappens eintreten könnte) der Schnitt nach vorn verlängert. Jetzt liegt das ganze Operationsfeld frei zu Tage und B. entfernt aus dem Fussskelett einen Keil, der das Krankhafte enthält und in der Regel die Gelenkflächen des Talus und Calcaneus, das Kahn- und Würfelbein, die 3 Keilbeine und die Basen der 5 Metatarsalknochen enthält, auch wenn ein oder der andere Knochen gesund sein sollte. Eine Gelenkfläche lässt er nicht zurück, damit nur angefrischte Knochenflächen an einander zu liegen kommen, und so Aussicht auf knöcherne Vereinigung geben, resp. Bildung von Nearthrosen begünstigt wird, wie er in einem Fall bei einem später an Tuberkulose verstorbenen Operirten am skelettirten Fuss nachweisen konnte. Nachdem auch aus den Weichtheilen alles Kranke sorgfältigst entfernt und die Blutung gestillt ist, werden die Knochenflächen in Apposition gebracht, die Sehnen, die jetzt zum Theil aus den Scheiden hervorstehen, nach Bedarf gekürzt, und die Wunde primär vernäht, oder — in den meisten Fällen — die Wundhöhle mit Jodoformgaze austamponirt, und erst später die Wundränder angefrischt und sekundär vereinigt. Die Durchschneidung der Strecksehnen hält B. für unbedenklich, da ja die Zehen, entgegengesetzt den Fingern, fast nur zusammen in Aktion treten, mit Ausnahme des *Hallux*, dessen Sehne sich auch in den meisten Fällen schonen lässt.

Als Beleg giebt Schmidt 17 Operationsgeschichten, von denen 16 von Bardenheuer, 1 von Schmidt operirt worden. Davon waren 6 Pat. im kindlichen Alter, die alle bis auf 1 durch die erste Operation definitiv geheilt wurden; einmal war Nachresektion nöthig, wonach gutes Heilungs-Resultat eintrat. Ein Kind starb später an Basilar-Meningitis. Von den 11 Erwachsenen wurden 7 direkt durch die erste Operation definitiv geheilt; 2 davon starben später an Phthise; dreimal waren Nachresektionen nöthig, in einem Falle wurde eine zweimalige, einmal die Mikulicz'sche Operation nachträglich gemacht, die dritte Pat. starb, da sie nach zweimaliger erfolgloser Nachresektion die Amputation verweigerte. Der 11. Fall wurde durch Nachamputation geheilt.

G. D.

Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre; auf Grundlage der neuesten Pharmakopöen bearbeitet von Dr. C. A. Ewald, Professor an der Königl. Universität in Berlin. Elfte neu umgearbeitete Auflage; Aug. Hirschwald, Berlin; 1887.

Das vorliegende Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre, welches jetzt in neu ausgearbeiteter und vermehrter elfter Auflage erscheint, ist von Phoebus im Jahre 1831 begründet und,

besonders von der zweiten Auflage an, dasjenige Quellwerk gewesen, welcher jeder Arzt studiren und zu Fleisch und Blut verdauen musste, wenn er sich dem Tross der an angelernten alten Rezepten haftenden Praktiker gegenüber als ein Mann der Neuheit und des Fortschritts zeigen wollte.

Dieser alte Phoebus hat seitdem grosse Wandlungen durchgemacht. Die Herausgabe ging im Jahre 1855 an die Herren Posner und Simon über, welche das Buch nicht nur wesentlich umarbeiteten, sondern auch von Auflage zu Auflage unermüdlich verbesserten und vermehrten, bis in Folge von Posner's raschem Ableben Prof. Waldenburg, und nach dessen frühzeitigem Tode der Unterzeichnete an die Stelle trat. Herr Apotheker Dr. Simon starb im Jahre 1883. Indem jetzt der durch seine Leistungen auf dem Gebiete der antiseptischen Präparate wohlbekannte Herr Dr. Dronke den technischen Theil des Buches revidirt hat, ist die sehr wichtige und für den Erfolg des Buches nicht zu unterschätzende Mitarbeit eines Apothekers auch diesmal gewährt. Denn diese Arzneiverordnungslehre ist für den Praktiker geschrieben und soll in der Praxis wurzeln, wie sie ja auch nicht von einem Pharmakologen von Fach, sondern von einem praktischen Arzt und einem Pharmazeuten herausgegeben wird. Wir können, ohne anderen vortrefflichen Werken dieser Art im Mindesten zu nahe treten zu wollen, nicht umhin, gerade in dieser Tendenz und diesem Zusammengehen einen wesentlichen Vorzug des vorliegenden Buches zu erkennen.

Schon in der vorigen, zehnten Auflage wurden von dem überkommenen Ballast von Droguen, Präparaten und Rezepten soviel wie möglich bei Seite gelassen. An ihrer Stelle ist eine wahre Sturmfluth neuer Präparate und Mittel von diesseits und jenseits des Oceans getreten. Wie lange sie sich halten, wann auch sie dem Schicksal der ausgemerzten Genossen verfallen werden, muss die Zukunft lehren. Schon jetzt ist nicht wenigen der neueren Mittel eine wesentlich andere und zumeist geringere Werthschätzung wie vor drei Jahren, als die zehnte Auflage edirt wurde, eigen. Umgekehrt sind manche ältere Mittel, wir wollen nur an die *Convallaria majalis*, an den *Fungus Laricis*, *Adonis vernalis* u. A. erinnern, wieder hervorgesucht und zu einer gewissen Anerkennung gelangt. Dies liess es nothwendig erscheinen, den Rothstift nicht zu freigebig zu gebrauchen.

Als eine wesentliche und brauchbare Neuerung dürfte sich die Berücksichtigung der ausländischen Pharmakopöen und zwar der *Ph. Americana, Austriaca, Brittanica, Gallica, Helvetica, Italica, Neerlandica, Norwegica,* und die Angabe der in den genannten Ländern gebräuchlichen Namen erweisen, welche nur da fortgelassen sind, wo die betreffenden Bezeichnungen gleichlautend mit den deutschen sind.

Der immer mehr zunehmende literarische und persönliche Verkehr zwischen den einzelnen Kulturstaaten auf der einen Seite, und die grosse Verschiedenheit der Zusammensetzung auch der hervorragendsten officinellen Präparate auf der anderen, machen es durchaus nothwendig, dem Arzt einen Wegweiser in diesem Wirrsal an die Hand zu geben, um ihm überhaupt das Verständniss fremdländischer Publikationen und Rezepturen zu ermöglichen.

Es darf die vorliegende Arzneiverordnungslehre für sich in Anspruch nehmen, die einzige zu sein, welche dem sicher vorhandenen Bedürfniss in umfassender Weise Rechnung trägt.

Wir können diesem, der Vorrede des Werkes entnommenen Auszuge

nur beifügen, dass diese von deutschen Aerzten und Apothekern seit einem halben Jahrhundert hochgeschätzte „Arzneiverordnungslehre" unerreicht dasteht. Die künftige Generation, welcher es vorbehalten ist, die von dem grossen Friedrich Mohr zuerst in Angriff genommene „*Pharmacopoea universalis*" offiziell auszuarbeiten, wird in demselben die werthvollsten Vorarbeiten zu diesem schwierigen Werke bereits niedergelegt finden.

Für uns deutsch-amerikanische Praktiker ist dasselbe doppelt brauchbar, weil die Pharmakopöen beider Länder — Deutschlands und Amerika's — ausgedehnte, ja vollkommene Berücksichtigung finden.

Eine grosse Auswahl von brauchbaren Rezeptformeln ist jedem der gebräuchlichsten Mittel beigegeben. G. W. R.

Spinal Irritation (Posterior Spinal Anaemia) by William A. Hammond, M. D. — Physicians' Library Series; G. S. Davis, Detroit, Mich.; 1886.

Diese Monographie enthält die schon im Jahre 1870 vom Verf. gemachten Angaben über Spinal-Irritation. Im ersten Theile des Büchleins giebt H. einen Ueberblick über die Geschichte dieses Leidens, nebst den verschiedenen Ansichten der bedeutendsten Autoren, seit dem Jahre 1791, wo J. Frank zuerst die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diese Krankheit lenkte, welche er unter dem Namen Rachialgie mit vieler Genauigkeit beschrieb.

Die Arbeiten von Stiebel, J. R. Player, C. Brown, Darwell, Teal, Tate, Gebrüder Griffin, John Marshall, Olivier, Prof. Austin Flint, Leyden, Erb etc. weisen alle darauf hin, dass die Krankheit als solche durch einen eigenen Symptomen-Komplex bedingt und als unabhängige Affektion zu betrachten ist. Die Ansichten der verschiedenen Autoren betreffs ihrer pathologischen Basis sind getheilt; zum Theil schreiben dieselben die Affektion einer Kongestion, zum Theil einer Anämie des Rückenmarkes zu. Andere, wie Leyden und Ross, bekennen, dass die Pathologie der Spinal-Irritation noch auf zu unsicherer Basis ruhe, um eine definitive Meinung abgeben oder behaupten zu können dass Anämie oder Hyperämie bestehe.

Verf. sah unter 1000 Fällen 852 bei weiblichen Patienten. Auch stimmen die Erfahrungen anderer Autoren mit dieser Angabe überein. Erb erklärt das weibliche Geschlecht als ganz besonders prädisponirt.

Ueber hereditäre Belastung ist wenig bekannt.

Als Ursache gilt hauptsächlich jede entkräftende Einwirkung; ferner Schläge, Verrenkungen, schwere Muskelarbeit; Ausschweifungen aller Art, Sorge, Kummer; Abdominal-Typhus, Scharlach, Malaria, Ruhr, Diphtheritis, Cystitis, Gonorrhoea, Leukorrhoea, Erysipelas, etc. etc.

H. theilt die Symptome in zentrische und exzentrische.

Zentrische Symptome sind:

1. Empfindlichkeit der Wirbelsäule gegen Druck an einem oder mehreren Punkten. Dieses ist das hauptsächlichste Symptom der Spinal-Irritation und variirt zwischen geringem Schmerz bei starkem Drucke und solch hochgradiger Hyperästhesie, dass der leiseste Druck dem Patienten unerträglich schmerzhaft sein kann.

In der Mehrzahl der Fälle sind die Brustwirbel auf Druck empfindlich.

2. Schmerz im Rückenmark selbst.

Exzentrische Symptome sind: Schwindel, Ohrensausen,

Gesichtsstörungen, Gefühl von Spannung in der Stirn, Schlaflosigkeit, Schläfrigkeit, Gastralgie, Dyspnöe, Herzbeengung, Kopfweh und Geistesstörung oft so intensiver Art, dass sie dem wahren Irrsinn ähnelt. (H. sah dies 83 mal.)

Neuralgische Schmerzen sind häufig.

Störungen der Motilität sah H. in 161 Fällen (fibrilläre Zuckungen, klonische Spasmen, Chorea, Kontrakturen, Aphonie).

Störungen in der Sexualsphäre kamen in zwei Dritteln aller Fälle vor, in denen Rückenschmerz (*lumbar tenderness*) vorhanden war.

Epileptische Krämpfe hat H. in 7 Fällen beobachtet. Schwierigkeiten in der Diagnose liegen wenige vor. Chronische Myelitis, Meningitis und Congestion mögen im Anfange mit Spinal-Irritation verwechselt werden. Doch wird ein Vergleich mit dem Symptomen-Komplex der einzelnen Krankheiten leicht Irrthum vermeiden lassen.

Heilung ist möglich in allen Fällen mit Ausnahme solcher, wo die Patienten schon Jahre lang bettlägerig sind.

Hammond ist der Meinung, dass die Ursache der Krankheit in einer Anämie des Rückenmarkes und besonders der hinteren Seitenstränge zu suchen ist, und stützt sich hierbei ganz besonders darauf, dass gewisse organische Leiden des Rückenmarks auf einzelne Theile beschränkt sind, ohne dass wir erklären können, wesshalb dem so ist. Er hält Irritation für den besten Beweis von Schwäche, und Schwäche bedeutet schlechte Ernährung, oder in anderen Worten verringerte Blutzufuhr.

Ferner glaubt H., dass der Sympathikus wohl im Stande ist, plötzliche Anämie im Rückenmark zu verursachen.

Obwohl Ref. die Richtigkeit der Betrachtungen H.'s ohne Weiteres zugiebt, so glaubt er dennoch, dass die Aufstellung einer Krankheitsform, welche sich als Anämie der hinteren Rückenmarksstränge charakterisiren soll, etwas verfrüht ist. Wir sind jetzt noch zu wenig in der Lage, Zirkulationsstörungen im Rückenmark zu erkennen, wenn dieselben nicht so intensiver Natur sind, dass sie organische Veränderungen herbeiführen.

Dennoch meint H., dass ein Name oder eine plausible Theorie besser sei, wie keine, bis man Besseres und Genaueres vorbringen kann.

H.'s Therapie besteht seiner Theorie gemäss in der Anwendung von *Tonicis*: Eisen, Chinin, Alkohol, Zink, Phosphor; Wärme, Rückenlage, Galvanisation mittelst der Kathode; Opium, Nitro-Glyzerin und Coca. Auch Ableitungen auf die Haut mittelst Vesikation, dem heissen Eisen und dem elektro-statischen Funken von 2 bis 3 Zoll Länge.

Blutegel und Ergot können blos Schaden anrichten. In Anbetracht der Häufigkeit der Krankheit ist die Lektüre des Büchleins einem jeden Arzte anzurathen; das Material, welches in demselben enthalten, muss jedem Praktiker willkommen sein, und mögen weitere Beobachtungen dazu führen, eine wirklich begründete Pathologie aufzustellen. F. de Kraft.

Antiseptic Midwifery, by H. J. Garrigues, M. D. – *The Physicians' Leisure Library;* Geo. S. Davis, Detroit, Mich.; p. 125.

Das vorliegende Büchlein, welchem man mit Recht die Devise: *Multum in parvo* vorsetzen dürfte, ist höchst fesselnd und unterhaltend geschrieben, und lohnt es sich gewiss für jeden Arzt, wenige Mussestunden zur Lektüre zu benutzen und eine Fülle von Belehrung daraus zu schöpfen.

Die wohlbekannten Statistiken des Verfassers bürgen für den Erfolg seines streng durchgeführten antiseptischen Verfahrens in der allgemeinen Geburtshilfe. Dasselbe besteht in:

I. Verhinderung puerperaler Infektion; wenn möglich, sollte Wöchnerin bei Beginn der Wehen ein warmes Bad nehmen.

Klystier von einem Quart Seifenwasser.

Man präparire ferner eine 1:1000 Sublimatlösung.

Gründliche Reinigung der Hände und (bei Operationen) der Arme mit Wasser, Seife, Nagelbürste und Nagelfeile.

Waschbecken mit 1:2000 Sublimatlösung soll neben dem Bette stehen, in welches die Hände eine Minute lang vor jedem Touchiren eingetaucht werden.

Waschen der Genitalien and benachbarten Theile der Patientin mit 1:2000 Sublimatlösung—nach vorhergegangenen Seifenwaschung, wenn nöthig. Hierauf Vaginal-Einspritzung von 1 Quart Sublimatlösung 1:2000.

Als *Lubricans* (nur beim Einführen der ganzen Hand, resp. der Instrumente, zu gebrauchen) 3% Karbol-Glycerin.

Möglichst seltene Untersuchung und nicht Einführen des Fingers in das *Os*, ausser wenn indizirt. Wenn der vorliegende Kindstheil die Vulva auseinander treibt, bedecke man dieselbe mit einem aus 1:2000 Sublimatlösung ausgerungenen Kompresse, ebenso nach Geburt des Kindes.

Credé's Methode für die Placenta; nach Manipulationen im Genital-Traktus während der Entbindung oder Einführung der Finger nach derselben, Injektion von ½—1 Quart Sublimatlösung (lauwarm).

Wenn Finger oder Instrumente in das *Cavum Uteri* eingeführt wurden, oder bei mazerirter Frucht, intra-uterin Einspritzung von 2—3 Pints reiner Sublimatlösung 1:4000.

Waschen der Genitalien mit Lösung 1:2000.

Bandage und Okklusivverband (Garrigues), welcher in der Privatpraxis dreimal täglich zu wechseln ist.

Während des Wechselns soll sich Patientin des Steckbeckens bedienen und darauf die Genitalien mit 1:2000 warmer Sublimatlösung berieselt werden.

Keine Vaginal-Einspritzungen in normalen Fällen *post partum*.

Zur Desinfektion der Instrumente 5% Karbollösung.

II. Verhinderung von Mastitis. *Acid. Tannicum* als Streupulver bei wehen Warzen.

Feste Bandage bei Schwellungen.

III. Verhinderung der Ophthalmia neonatorum nach Credé. Einträufelung eines Tropfens einer 2% *Argentum Nitricum*-Lösung auf die Cornea nach vorhergegangener Reinigung mit Wasser.

C. A. v. R.

Fred. Hyde. — Fracture of the Base of the Cranium. — *Phil. Med. Times;* Aug. 1886.

Hyde giebt zunächst einen kurzen anatomischen Abriss der drei Schädelgruben mit Angabe der wichtigen Organe, die sich dort vorfinden, und deren Verletzung zu den schweren Störungen führen, die die Fraktur der Schädelbasis so gefährlich machen, gefährlicher als die Brüche des Schädeldaches. Die Ursachen der Frakturen giebt er als direkte und indirekte Gewalten an und belegt sie mit einigen Erfahrungen aus seiner Praxis, ohne den Gegenstand vollständig zu er-

schöpfen. Bei Wiedergabe eines Sektions-Auszuges bei einem Mann, der aus einem Schlitten geschleudert wurde, macht er besonders aufmerksam auf das geringe Klaffen der Knochen-Fragmente, die in vielen Fällen ohne genaueste Untersuchung leicht hätten übergangen werden können (Ref.). Am meisten klafften die Fragmente im Scheitel- und Hinterhauptbein. Stärker ausgeprägt ist das Klaffen natürlich bei Basisfrakturen die bis in das Dach splittern und bei Zertrümmerungen. Das geringe Klaffen erklärte in vielen Fällen die so unbedeutenden Anfangssymptome, von denen er für das verlässlichste Blutungen aus dem Ohr mit folgendem wässerigen Ausfluss erklärt, obgleich auch Blutungen aus Nase und Pharynx vorkommen. Auch erwähnt er einen Fall, in dem Gehirnmasse sich aus der Nase entleerte. Doch können alle diese Symptome natürlich zur Diagnose verwerthet werden, wenn sich später Gehirnsymptome hinzugesellen. Heftige Blutungen, die in verhältnissmässig kurzer Zeit aufhören, deuten weniger auf Basis-Fraktur als mässige aber lang andauernde, besonders wenn später ein wässeriger Ausfluss folgt. Natürlich wird die Art der Blutung bedingt durch die Lage der Fraktur. Auch wässeriger Ausfluss aus dem Ohr allein, ohne vorhergegangene Blutung, ist bei Eintritt von Gehirnsymptomen diagnostisch zu verwerthen, ebenso Lähmungserscheinungen bei Verletzung der Nerven bei ihrem Durchtritt durch die resp. Foramina. Erschwert wird die Diagnose noch durch die in den meisten Fällen vorhandenen Symptome der Gehirnerschütterung.

Die Prognose hängt ab von Ausdehnung und Art der Verletzung des Schädelinhaltes und ist im Ganzen sehr ungünstig; doch erwähnt er unter anderen zwei Fälle aus seiner Praxis, die, obwohl der wässerige Ausfluss aus dem Ohr drei, resp. vier Monate andauerte, „vollkommen" (?) heilten, der eine mit rechtsseit. Taubheit, der andere mit rechtsseit. Blindheit und Schwachsinn, und glaubt Verf. daher annehmen zu können, dass die Prognose doch nicht ganz so schlecht ist, wie von den Meisten angenommen wird.

Für die Behandlung spricht sich Verf. energisch für ein chirurgisches Eingreifen — wenn nöthig, mit Anwendung des Trepans — aus, und führt einen Fall an, bei dem er am vierten Tage nach Verletzung drei Fragmente (2", 1", der dritte ½" lang) vom unteren Theil des Schläfen-, des Kiefer- und des Hinterhauptbeins entfernte. Nach Entfernung der Knochen und des Blutkoagulums hob sich der Puls von 55 auf 80 und die Athmung wurde freier. Doch kam Patient nicht zur Besinnung und starb sechs Stunden nach der Operation. Obgleich das eine Fragment tief in der Basis eingekeilt war, bot doch die Anwendung des Trepans wenig Schwierigkeit, und glaubt Verf., dass das Leben hätte gerettet werden können, wenn die qu. Operation bald nach der Verletzung ausgeführt worden wäre. G. D.

Chas. W. Dulles. Buch I.—The Mechanism of Indirect Fractures of the Skull.—*Transact. Coll. Phys.* Philadelphia, Feb. 3., 1886.

Dulles giebt zunächst eine gedrängte historische Uebersicht der Meinungen über das Zustandekommen der indirekten Schädelbrüche von Hippokrates bis auf die jetzige Zeit, und schliesst sich der „Berstungstheorie" an. Auf Grund hauptsächlich der Belastungsversuche Messerer's*) kommt er zu folgenden Schlüssen:

*) Otto Messerer. Experimentelle Untersuchungen über Schädelbrüche, München 1884.

1. Die Basis ist weniger widerstandsfähig, als das Schädeldach.
2. Der Schädel ist widerstandsfähiger in der Sagittalrichtung, als im Umfang.
3. Der Schädel kann im Querdurchmesser stärker zusammengedrückt werden als im Längsdurchmesser.
4. Die Ausdehnungsfähigkeit des Schädels ist im senkrechten Durchmesser grösser als im Längsdurchmesser.

Nachdem Verf. die anatomisch schwächsten Stellen der Schädelknochen, die bei seinem Gegenstand in Frage kommen, kurz angeführt, und besonders den Bau des gewölbten Schädeldaches im Verhältniss zu der flacheren Basis betont hat, führt er die Modifikationen an, die die einwirkende Gewalt durch die weichen Bedeckungen sowie den nicht zusammendrückbaren Inhalt des Schädels erleidet. Schliesslich giebt er ein Résumé über 119 Fälle, theils Unglücksfälle, theils experimentell erzeugt, die er in 9 Klassen ordnet, mit Unterabtheilungen, ob durch Schlag, durch Zusammenpressung, experimentell etc. entstanden, je nach der Richtung der einwirkenden Gewalt. Beigegebene Zeichnungen machen den Verlauf der Fissuren klar; besonders die letzte (Taf. XVII), in der der Verlauf von 100 Fissuren in einem Diagramm veranschaulicht wird, lässt deutlich sehen, welche Theile des Schädels am widerstandsfähigsten, welche am ehesten Kontinuitätstrennungen ausgesetzt sind. Von diesen 119 Fällen entsprachen 111 der Berstungstheorie, nur 8 scheinen ihr zu widersprechen. Er fasst den Inhalt der besprochenen Arbeiten in folgenden Schlusssatz:

„Wenn genügende Kraft auf irgend einen Theil des gewölbten „Schädeldaches wirkt, und dieser nicht gleich nachgiebt, wird die „Achse des Schädels, die in der Richtung der einwirkenden Gewalt liegt, „verkürzt, und alle Achsen, die rechtwinklig zu dieser Linie liegen, „entsprechend verlängert, mit verhältnissmässiger Vergrösserung ihres „Umfanges und Trennung ihrer Meridiane, so dass die direkt drückende „Gewalt in eine indirekt zerreissende verwandelt wird. Die Wirkung „ist eine – oder mehrere — Fissuren von, im Allgemeinen, meridionaler Richtung."

Ausnahmen erleidet dies Gesetz durch besondere anatomische und architektonische Eigenthümlichkeiten des Schädels, sowie die Art der einwirkenden Gewalt. G. D.

Lactated Food.

Die Aufmerksamkeit unserer Leser sei hiermit auf die Anzeige von Wells, Richardson & Co., Burlington, Vt., gelenkt. "Lactated Food" wird von ihnen als das beste, billigste und gesundeste künstliche Nahrungsmittel empfohlen. Er ist gekocht, vorverdaut und nicht irritirend. Selbstverständlich stehen unseren Lesern Proben zur Verfügung.

"The Antrophor," von dem unser Anzeigetheil einige Abbildungen enthält, wird in vielen Hospitälern Europa's mit Erfolg verwendet. Details in einem von Herrn George Morlot, 96 Spring Street, auf Verlangen versandten Pamphlet.

Rose's Peptonized Beef ist wohl der billigste Fleischextrakt im Markte. Der Preis stellt sich per Pfund auf nur $1.00. Es ist ein vollkommenes Pepton, gewonnen aus frischem Rindfleisch.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Verein deutscher Aerzte von St. Louis.

Sitzung vom 18. März 1887.

Vorsitzender: Dr. Fischel.
Sekretär: Dr. Riesmeyer.

Dr. Richter hält einen Vortrag über

die Aetiologie der Epistaxis und anderer Hämorrhagieen.

Redner betont die Häufigkeit der Epistaxis und anderer Blutungen bei chronischer Malaria.

Dr. Alt beobachtete drei Fälle einseitiger Retinalblutung. Bei einem derselben war chronische Malaria vorhanden und sonst nichts Krankhaftes nachzuweisen.

Dr. Baumgarten beobachtete Epistaxis bei anämischen und chlorotischen jugendlichen Individuen, sowie bei Bright'scher Nierenkrankheit.

Dr. Gerling beobachtete zwei Fälle von Epistaxis, bei denen sich die Blutungen stets zur selben Tageszeit einstellten.

Dr. Evers ist der Ansicht, dass die Blutungen weniger der Malaria als individuellen Prädispositionen zuzuschreiben seien, da eine grosse Anzahl Fälle von Epistaxis bei nicht mit Malaria behafteten Individuen vorkommen.

Die hämostatische Wirkung des Kokains betreffend bemerkt Dr. Alt, dass dasselbe wohl anfangs eine Kontraktion der Blutgefässe hervorrufe, worauf jedoch bald eine bedeutende Relaxation folge und daher wohl eine Wiederkehr der Blutung zu erwarten sei, sobald die kontrahirende Wirkung vorbei ist.

Dr. Evers referirt einen Fall von unregelmässiger Menstruation und Menorrhagie bei einer mit Aortenstenose behafteten Patientin. Ferner eine Endemie von Rötheln, welche mit katarrhalischen Erscheinungen und Fieber einhergehen. Auch Kinder, welche bereits Masern gehabt haben, werden von der Krankheit befallen.

Dr. Alt berichtet einen Fall von Epitheliom beider Augenlider am inneren Kanthus. Der 63jährige Patient hatte an der entsprechenden Stelle seit 14 Jahren eine Warze. Vor 3 Jahren trat Exulzeration ein, welche jetzt die Hälfte des oberen und ein Drittel des unteren Lides und die Hälfte des Thränensacks einnimmt. Der Defekt soll durch eine plastische Operation gedeckt werden. A. beobachtete noch nie einen tödtlichen Ausgang bei Epitheliom der Augenlider.

Dr. Hermann beschreibt einen Fall von Hemichorea, welchen er als Beschäftigungsneurose auffasst. Derselbe betraf ein 22jähriges anämisches Mädchen, welches seit 2 Jahren in einer Schuhfabrik an der Nähmaschine arbeitet. Patientin hatte verschiedene Ohnmachtsanfälle und seit zwei Monaten unwillkürliche, choreaartige Bewegungen der rechten Hand, des rechten Fusses und der rechten Gesichtshälfte.

Sitzung vom 1. April 1887.

Vorsitzender: Dr. Curtmann.
Sekretär: Dr. Riesmeyer.

Dr. Pollmann zeigt eine aus dem *Ductus Rivinianus* stammende Konkretion von bröcklicher Konsistenz, weisslicher Farbe und etwa

einem Zoll Länge und $\frac{1}{6}$ Zoll im Durchmesser. Dr. Pollmann demonstrirte dann ein Karkinom des Pylorus, von einer 60jährigen Frau stammend, welche an den Erscheinungen einer akuten Stenose, unstillbarem Erbrechen, Delirium u. s. w., gelitten hatte. Die Pankreas war nicht involvirt, Leber frei, auch sonst keine Verwachsungen.

Dr. Bierwirth zeigt zwei kleine Bandwürmer vor, welche nach Terpentindarreichung abgegangen waren. B. betont, dass dieselben nicht mit der bei Hunden und Katzen häufig vorkommenden *Taenia Cucumorina seu elliptica* identisch seien.

Dr. Evers referirt einen Fall von Dysmenorrhoea Membranacea und demonstrirt die aus dem Uterus stammenden Membranen.

Dr. Schwarz hielt einen Vortrag :

Mittheilungen aus der geburtshülflichen Praxis.

Redner referirt zwei Fälle von Uterintetanus, welche durch zu frühes Darreichen von Ergot hervorgerufen waren. In dem einen Falle war das Kind durch die tetanischen Uteruskontraktionen abgestorben.

Dr. Greiner lenkt die Aufmerksamkeit auf die von Fraenkel in der *Berl. Klin. Wochenschr.* beschriebenen Fälle von Lähmungen der Sprachmuskulatur bei Rednern, welche derselbe als Beschäftigungsneurosen auffasst und mit Massage behandelt. Redner erzählt im Anschluss hieran folgenden Fall :

Ein Herr, welcher im Januar an Diphtherie erkrankte, bekam 14 Tage später Schlingbeschwerden und näselnde Sprache. In weiteren 14 Tagen wurde, wenn Patient etwa 5 Minuten gesprochen hatte, die Sprache immer näselnder, und derselbe war dann auf einmal unfähig weiter zu sprechen. Nach einer 5 Minuten langen Pause stellte sich das Sprachvermögen wieder ein. Patient wurde mit der von Fraenkel empfohlenen Massage: Längs- und Querstreichen, erfolgreich behandelt.

Dr. Hermann referirt einen Fall von Lähmung der *Mm. Peronei* des einen Beines bei einem Kinde, welches 6 Wochen Diphtherie durchgemacht hatte. H. erwähnt, dass neuerdings die nach Diphtherie auftretenden Lähmungen als eine multiple Neuritis aufgefasst werden.

Dr. Pollmann beobachtete ein Tremuliren der Stimme nach Diphtherie bei einem 17jährigen jungen Manne. Auch waren Herzstörungen und Respirationsbeschwerden vorhanden.

Dr. Greiner schildert einen Fall von nach Antipyrindarreichung auftretendem Exanthem. Ein 11jähriger, an Abdominal-Typhus erkrankter Junge bekam bei einer Temperatur von 106° F. eine Drachme Antipyrin pro Tag. Nach 6 Tagen, also nachdem er 6 Drachmen genommen hatte, stellte sich ein intensives masernähnliches Exanthem mit heftigem Jucken ein. Das Antipyrin wurde ausgesetzt und nach zwei Tagen verschwindet das Exanthem unter bedeutender Abschilferung. Mit Auftritt des Exanthems wurde eine Exacerbation des Fiebers beobachtet. Redner erinnert an die von Schwarz in Memmingen referirten Fälle von Antipyrinexanthem. In diesen Fällen hatte keine Abschilferung stattgefunden.

Antifebrin wendet G. in letzterer Zeit nur mit grosser Vorsicht und nur dann an, wenn der Patient dreimal täglich besucht wird, und berichtet einen Fall von Pneumonie, bei dem unter Antifebrinbehandlung der Puls sehr elend wurde und Kyanose und Athemnoth auftraten. Patient, ein 8jähriger Junge, hatte am ersten Tage 6 Gran, — 3 Gran um 12 Uhr und $1\frac{1}{2}$ Gran um 1 und 2 Uhr; am zweiten Tage zur selben Zeit 4, 2 und 2 Gran, also 8 Gran pro Tag, erhalten.

Dr. Schwarz wandte bei einem 9jährigen Jungen mit Pneumonie

und typhösen Erscheinungen (Temp. 104°, resp. 105° F.) Antipyrin in grossen Dosen mit Erfolg an; dann wurde Antifebrin verabreicht; erst in kleinen Dosen alle 4 Stunden. Als dies jedoch nicht genügte, das Fieber herabzusetzen, wurden 6 Gran *pro dosi* gegeben, und zwar jedesmal wenn die Temperatur über 100° stieg. Das Mittel wurde gut vertragen.

Verein deutscher Aerzte in San Francisco, Cal.

Sitzung vom 4. Januar 1887.

Vorsitzender: Präsident Dr. Bayer.
Sekretär: Dr. Kreutzmann.

Dr. Ferrer demonstrirt den mikro-photographischen Apparat von Zeiss, und zeigt damit aufgenommene Bilder bei schwacher und starker Vergrösserung. Bei starker Vergrösserung fallen die Bilder etwas undeutlich aus, was Dr. Ferrer durch die neu konstruirten apochromatischen Linsen und Projektionsokulare zu heben hofft. Zur Beleuchtung hat er Petroleum, Magnesium und Leuchtgas versucht; das beste Resultat wurde mit dem neuen Gasbrenner von Siemens erhalten. Als etwas Neues zeigte Dr. Ferrer photographische Aufnahmen von Durchschnittsflächen eines menschlichen Auges bei reflektirtem Lichte und 1½maliger Vergrösserung.

Hierauf Kassen- und Bibliotheksbericht, erstattet von dem Bibliothekar des Vereins, Dr. Aronstein. Die Zahl der Vereinsmitglieder beträgt 20. Bei der Beamtenwahl für 1887 wurden erwählt die Herren: Dr. Ferrer zum Vorsitzenden; Dr. Morse zum stellvertr. Vorsitzenden; Dr. Kreutzmann zum Schriftführer; Dr. Bayer zum Bibliothekar; Dr. Aronstein zum Schatzmeister.

Sitzung vom 1. Februar 1887.

Vorsitzender: Präsident Dr. Ferrer.
Sekretär: Dr. Kreutzmann.

Vortrag von Dr. Kreutzmann über

Stickoxydul-Sauerstoff-Anästhesie.

Die Narkose mit reinem Lachgas ist verbunden mit einer Asphyxie, wie durch die Kyanose ersichtlich und durch die spektroskopische Untersuchung des Blutes bewiesen. Squibb, von Nussbaum und Lafont bestätigen diese Ansicht und verwerfen die Narkose mit reinem Lachgase. Um die Asphyxie zu beseitigen und eine längere Anwendung des Stickoxyduls zu ermöglichen, hat zuerst Paul Bert eine Mischung desselben mit Sauerstoff im Verhältniss von 4 zu 1 unter erhöhten Atmosphärendruck mit Erfolg angewendet (in pneumatischer Kammer). Später hat Klikowitsch (St. Petersburg) Versuche mit derselben Mischung ohne Druckerhöhung gemacht; er wandte zuerst die Mischung bei Gebärenden mit vollem Erfolge an. Zuletzt hat Zweifel (Erlangen) die Sache versucht und seine Erfolge auf der Strassburger Naturforscher-Versammlung (1885) durch seinen Assistenten Dr. Doederlein veröffentlichen lassen. Der Vortragende, ein früherer Assistent Zweifel's, hat die von Letzterem angegebenen Apparate zur Bereitung, Aufbewahrung und Anwendung der Gase gesehen und eine Reihe von Versuchen hier

mit der Mischung gemacht. Er kommt zu dem Resultate, dass die Mischung von Lachgas und Sauerstoff (besser 10—15 Proz. O statt 20 Proz.), die Zahnarzt Hillischer*) in Wien "Schlafgas" zu nennen vorschlägt, alle Vortheile des reinen Lachgases hat, dabei absolut ungefährlich und unschädlich ist, da die Asphyxie fehlt. Aus mancherlei Gründen hält der Vortragende die Einführung des Gasgemisches in die allgemeine Chirurgie für nicht möglich, dagegen glaubt er, dass es mit Vortheil in der kleinen Chirurgie angewendet werden könne. Bezüglich Anwendung bei Geburten sind die Ansichten theils sehr günstig (Klikowitsch, Winckel, Doederlein), theils weniger günstig (Cohn, Krassowsky). K. hat erst 2 Geburten mit Gas gehabt (gutes Resultat); hält weitere Beobachtungen für nöthig, um die Frage endgültig zu entscheiden.

Sitzung vom 1. März 1887.

Vorsitzender : Präsident Dr. Ferrer.

Sekretär : Dr. Kreutzmann.

Dr. Barkan stellt einen älteren Herrn vor, welcher beiderseits wegen grauem Staar operirt worden ist ; zuerst (von anderer Seite) vor 10 Jahren rechts ; Resultat zuerst günstig, später Verlust des Sehvermögens. Linkerseits operirt vom Redner vor 1½ Jahren unter Kokain. Ausgezeichnetes Resultat : P. konnte und kann kleinsten Druck lesen. B. hat den Patienten seit einem halben Jahre nicht gesehen. Heute Lid- und Gesichtsmuskelkrämpfe, anfallsweise und zwar sehr heftig. Sehvermögen (links) sehr gut, keine Schmerzen, keine schmerzhaften Punkte ; die Krämpfe werden seit einem Monate heftiger ; rechts besteht Trübung der Cornea.

Dr. Ferrer sah jüngst eine Patientin mit Konjunktivitis, mit ähnlichen Zuckungen, von denen er annimmt, dass sie ohne Zusammenhang mit der Konjunktivitis gewesen.

Dr. Regensburger, sen., frägt, ob Nachts auch Anfälle eintreten. Es wird konstatirt, dass bei Aufenthalt im Dunkeln weniger Anfälle eintreten.

Dr. Barkan demonstrirt ferner zwei Fremdkörper, einen aus dem Ohre, einen zweiten (Stahlsplitter) aus dem Auge ; letztere Verletzung bestand seit 24 Stunden ; Eindringen des Fremdkörpers durch die vordere Kammer zwischen Linse und Iris in die Linse. Es besteht traumatische Iritis und beginnende Linsentrübung. Iridektomie unter Aethernarkose, starke Blutung ; mittelst des Magneten, leichte Entfernung des Splitters. Es ist dies der 2. Fall, den Vortragender mit dem Magneten erfolgreich behandelt hat.

Dr. Abrams demonstrirt den Albuminometer von Esbach.

Dr. Cohn berichtet über einmaliges Auftreten von Konvulsionen, Ende des 7. Monats bei einer IV. para. Vor 14 Tagen früh 8 Uhr eklamptischer Anfall, kurze Amblyopie ; Cardialgie und Erbrechen, auf warmen Thee und Morphin: Schlaf. Am nächsten Tage Kopfschmerz ; Harn enthält ungeheuer viel Albumen; keine Oedeme. Am zweiten Tage leichtes Oedem des Gesichts, der Hände und Füsse. Allmäliges Schwinden des Albumen und der Oedeme in 8 Tagen.

---

*) S. das Referat in No. 4, Bd. III, S. 177 der "Presse".

Deutsche medizinische Gesellschaft in Philadelphia.

Sitzung vom 9. Mai 1887.

Vorsitzender: Präsident Dr. F. H. Gross.
Sekretär: Dr. Geo. Muehleck.

Dr. Carl Seiler erhält das Wort zu seinem Vortrage:

Ueber die knorpeligen Auswüchse der Nasenscheidewand als ätiologisches Moment des Nasenkatarrh's, sowie deren Beseitigung.

(Derselbe ist auf Seite 8 dieser Nummer abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. Wolff fragte, wie oft Ecchondrome die Ursache von chron. Nasenkatarrhen seien. Ferner, ob dieselben auch bei geradem Septum, oder nur bei schiefem, vorkommen. Nach seiner Erfahrung ist medizinische Behandlung nutzlos.

Dr. Seiler: Mehr als 50 Prozent aller Fälle von Ecchondromen sind von Nasenkatarrhen begleitet, ob dies nun *post hoc* oder *propter hoc* ist, wird schwer zu entscheiden sein. Was die zweite Frage Dr. Wolff's betrifft, so sei zu bemerken, dass man bei gradem Septum vielfach beiderseitig Ecchondrome findet. Wenn sie blos auf einer Seite vorkommen, vergrössert sich dieselbe auf Kosten der andern (gesunden), weil eben letztere nicht ausweichen kann und sich desshalb biegen muss. Häufig finden wir sogar eine Knickung der Spitze, auf der das Ecchondrom sich befindet, und deren innerer Winkel die gesunde Seite in eine Rinne verwandelt.

Ein vollkommenes flüssiges Kathartikum.

Ich kann der Wahrheit gemäss sagen, dass ich häufig in Fällen von hartnäckiger Verstopfung "Elixir Purgans (Lilly)" zu meiner grössten Zufriedenheit verwendet habe und dass ich dieses Präparat jedem praktischen Arzte empfehlen kann. Geo. W. Hoagland, M. D.,
Columbus, O.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

H. IMHOF,
APOTHEKER,
189 East Broadway, cor. Jefferson Street,
NEW YORK.

THOMAS LATHAM,
APOTHEKER,
3. Ave. & 75. Street, NEW YORK.
(vormals bei Eimer & Amend),
erbittet sich die Patronage der Profession. Aerzten die Zusicherung, dass ich Recepte *lege artis* und mit ausschliesslicher Benützung der besten Droguen bereite.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. IV. New York, August 1887. No. 2.

Hämoglobinurie.

Von Dr. Ed. Rosenthal, Assistent im chemischen Laboratorium des *Jefferson Medical College*, Philadelphia.

(Vorgetragen in der *Deutschen Medizinischen Gesellschaft* zu Philadelphia am 14. Februar 1887.)

Unter den Krankheiten, über deren Wesen uns die Neuzeit belehrte, ist wohl keine, die grösseres Interesse für den Physiologen und Pathologen hat, als das Blutharnen, das beinahe ausschliesslich nur die Blutfarbstoffe, ohne die dieselben enthaltenden Blutkörperchen, erkennen lässt. Fälle von Blutharnen, die die Symptome der Hämoglobinurie andeuten, sind schon längst veröffentlicht; jedoch wurden dieselben immer für Fälle von intermittirender Hämaturie und Nierenaffektion betrachtet, bis Dressler[1]) einen Fall von intermittirender Albuminurie und Hämaturie veröffentlichte und die Abwesenheit von Blutkörperchen in solchen Harnen nachwies. Harley in *"The Transactions of the Medico-Chirurgical Society"* veröffentlichte einen weiteren Fall, in welchem er die Abwesenheit der Blutkörperchen durch das Mikroskop direkt bestätigte, während die Anwesenheit des Blutfarbstoffs ihn zu dem Ausspruch berechtigt, dass es das Hämoglobin selbst sei, welches durch die Nieren ausgeschieden wurde. Die Farbstoffcylinder und das granuläre Pigment wurden von demselben ebenfalls darin illustrirt. Der Farbstoff wurde von William Gull in Kristallform zuerst demonstrirt. Gescheidlin[2]) wies durch das Spektroskop nach, dass dieser Farbstoff die charakteristische Absorptionslinie von Hämoglobin gäbe.

Genauere Berichte über das Wesen dieser Krankheit und die Beschaffenheit des dabei sezernirten Urins sind jedoch bis auf die Neuzeit seltener, und es ist unserem Kollegen und Mitbürger Dr. Frederick B. Henry zu danken, dass dieser Gegenstand in dem *"Reference Handbook of the Medical Sciences"* (Seite 457) in ausführlicher und vorzüglicher Weise behandelt wurde. Seine Mittheilungen legten das Hauptgewicht auf die Verschiedenheit der Hämaturie von der Hämoglobinurie und die Thatsache, dass in der letzteren die Blutkörperchen ihren Untergang in dem Blute finden und das freie Hämoglobin diffus in dem Blut als Fremdkörper erscheint, der durch die Nieren sezernirt wird. James Tyson in Pepper's *"System of Medicine"* klassifizirt diese Affektion noch immer als eine intermittirende Hämaturie; er scheint der Theorie geneigt, dass die Blutkörperchen nach der Ausscheidung durch alkalische Zersetzung in den meisten Fällen zerstört werden, und dass wohl alle primären Hämoglobinurien renalen Ursprungs sind.

Dass Hämoglobinurie weit verschieden von der Hämaturie in ihrem Ursprung und Wesen sei, ist kaum mehr nöthig zu sagen, wie auch dass

[1]) *Virchow's Archiv*, Bd. VI, 1854.

[2]) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1872, pag. 237.

die erstere eine durch verschiedene Agentien verursachte Zersetzung der rothen Blutkörperchen und Exkretion des dadurch freigemachten Blutfarbstoffs bedingt und die letztere eine Blutung innerhalb des uropoëtischen Apparates erfordert, oder ein direktes Auslassen der rothen Blutkörperchen des Blutes durch die Nieren erheischt. Dass die erstere einen gewissen pathologischen Prozess im Blute selbst aus mannigfachen Ursachen nöthig macht, welchem der Name einer Hämoglobinämie richtig zugehört, während die letztere einem, dem der Exkretion vorstehenden Organe angehörigen, pathologischen Zustand zukommt, ist wohl erwiesen.

Die Ursachen der Zersetzung der rothen Blutkörperchen können, wie schon gesagt, der mannigfachsten Art sein, und angesichts derselben mag die Affektion selbst wohl in verschiedene Unterabtheilungen zerfallen, wie toxische, obstruktive und paroxysmale oder intermittirende Hämoglobinurie, die auf verschiedenen pathologischen Ursachen oder klimatischen Einflüssen beruht.

Unter den Faktoren der ersten Klasse muss hauptsächlich auch die Darreichung von chlorsaurem Kali, Anilin, Glycerin, Toluylendramin und Diamylanilin etc., etc. genannt werden, wie auch Pyrogallussäure und Naphthol, wenn in grösseren Quantitäten äusserlich applizirt, und der Genuss von einigen essbaren Schwämmen, dann die Einathmung von giftigen Gasen, wie Arsenwasserstoff, und die Transfusion fremdartigen Bluts.

Als obstruktive Fälle können wohl diejenigen klassifizirt werden, die von extensiven Verbrennungen oder Leber- und Milzkongestionen erwachsen, während die paroxysmalen sowohl durch andere Krankheiten sowie auch durch Kälteeinflüsse bedingt sein können.

Die Pathologie der Hämoglobinurie muss vor allen Dingen als ein chemischer Prozess angesehen werden, da es sich direkt um die Umwandlung eines Eiweisskörpers in einen anderen handelt, welch' letzterer in dem Blutserum löslich ist und den in ihm enthaltenen Blutfarbstoff freimacht. Wenn wir die Zusammensetzung der Blutkörperchen betrachten, so finden wir in denselben hauptsächlich das Globin nebst Hämoglobin und minimale Quantitäten von Leucithin und Cholestearin. Das Globin in seiner Umwandlung nimmt zunächt den Charakter des Paraglobins oder Paraglobulins an, das identisch mit dem Fibrinoplastin ist. Dass dieses sowohl wie das Hämoglobin im Blutserum frei erscheinen, kann durch das Niederschlagen des ersteren durch Kohlensäure und durch die Spektraluntersuchung des letzteren nachgewiesen werden. Die Untersuchungen des Blutes unter solchen Umständen, wie durch Kuessner, Ehrlich und Heinemann berichtet, zeigen den allmäligen Untergang der Blutkörperchen an, indizirt durch die Schatten von Ponfick, der auch ferner nachwies, dass Hämoglobin bis zu einem gewissen Grad im Blute existiren kann, bis dasselbe durch die Niereu ausgeschieden wird. Der Uebergang des Hämoglobins in Metahämoglobin und Hämatin, und weiter in der Leber zu Gallenfarbstoffen, deutet darauf hin, dass unter gewissen Bedingungen die Leber selbst die Höhe ihrer Funktion erreicht und dann das Hämoglobin als solches im Blute frei zirkuliren lässt. In wie weit die Funktion der Milz unter solchen Umständen mit der Bildung des Globins oder anderer Fibrinkörper betheiligt ist, muss wohl bei unserer gegenwärtigen Kenntniss dieses Organs ganz und gar hypothetisch sein.

Der Befund der Nieren in solchen Fällen muss unter allen Umständen verschiedenartig sein; dass in milden Fällen oder im Anfangsstadium

dieser Krankheit kein krankhafter Prozess in denselben besteht, ist anzunehmen, während in heftigeren oder lange andauernden Fällen eine Erkrankung derselben kaum bestritten werden kann. Die Tubuli werden in solchen Fällen nicht allein durch Hämoglobin, sondern auch durch Fibrincylinder verstopft, die sich aus dem Fibrinoplastin und Fibrinogen bilden. Eine Obstruktion bedingt natürlicherweise Kongestion und mit ihr nicht allein Hämoglobinurie, sondern auch Hämaturie und wahre Albuminurie. Ob Hämoglobin selbst Cylinder bilden kann, ist sehr fraglich, obgleich es chemisch gebundenes Globin enthält, da es sich erst in Hämatin, Globin und Paraglobulin umwandeln müsste, ehe solche Zustände eintreten könnten. Obwohl die Diffusibilität des Hämoglobins physikalisch bestritten wird, so weist doch sein kristallinischer Charakter auf eine solche Eigenschaft hin, und seine Stabilität unter den Bedingungen der Blutverhältnisse. Die Abwesenheit von Hämatin im Blut und frischen Urin der hämoglobinurischen Patienten lässt auf keine Zersetzung desselben schliessen, so dass wohl das Vorkommen von Nierencylindern mehr auf die Wirkung des Paraglobulins wie des Hämoglobins geschoben werden muss. Die Erweiterung der Tubuli oberhalb dieser Cylinder und darauf folgende Infiltration mit runden Zellen in der Interstitialsubstanz der Niere wird die Theilnahme der letzteren an dem pathologischen Prozesse erklären. Dass eine solche sich in schwereren oder lange andauernden Fällen bekundet, kann nicht bestritten werden, und erklärt dieses die Ursache des Vorhandenseins von Blutkörperchen in dem Harne solcher Patienten.

In dem Falle, den ich weiter unten berichten werde und den ich vor einiger Zeit beobachtete, war ich sowohl wie mein College Dr. Wolff nicht im Stande, Blutkörperchen im Anfangsstadium zu entdecken, während die letzteren Proben, von denen ich welche unter dem Mikroskop hier vorzeige, vereinzelte Blutkörperchen enthalten, die jedoch numerisch ausser aller Proportion mit dem Vorhandensein des Blutfarbstoffs stehen. Ich glaube kaum, dass in der Hämoglobinurie, welche durch schwere Intermittens verursacht wird, *i. e.* bei vereinzelten Anfällen, Blutkörperchen nachgewiesen werden können, wie auch dasselbe bei Intoxikationen nicht wahrscheinlich ist. In einem Harn saurer Reaktion, von Hämoglobinurie verursacht durch schwere Intermittens in einem südlichen Staate, der Dr. Wolff von Dr. da Costa zur Untersuchung übergeben wurde, konnten keine Blutkörperchen nachgewiesen werden, während Massen von Eiweiss darin nachgewiesen wurden und die Gegenwart von Hämoglobin als Häminkrystalle konstatirt werden konnte.

Der Harn von Hämoglobinurie, wenn er gekocht wird, erfährt eine wesentliche Veränderung, insofern als das darin befindliche Hämoglobin sich in Hämatin und koagulirtes Globulin spaltet; wesshalb auch grosse Mengen von Eiweiss in solchen Harnen gefunden werden und wesshalb auch frühere Autoren diese Krankheit als Begleiterscheinung der Albuminurie auffassten.

Es ist sehr fraglich, ob diese Harne überhaupt Serumalbumin enthalten. Selbst der saure Harn ist im Stande, solches zu bewirken, und wir finden in vielen dieser Harne dichte Niederschläge, die unter dem Mikroskop sich als Fibrinmassen mit Hämatin charakterisiren. Weitere Aenderungen des Harns finden sich dabei nicht ausgeprägt, und mit Ausnahme eines durch das Hämoglobin verursachten ziemlich grossen spezifischen Gewichts ist derselbe ziemlich normal, und die unveränderte Ausscheidung der Harnstoffmenge an und für sich deutet auf

Abwesenheit einer Nierenläsion. Wenn selbst in solchem Urin Blutkörperchen vorkommen und gezählt werden und ferner die Blutfarbe mit dem farbenvergleichenden Hämocytometer gemessen und die für den Farbenton korrespondirenden Körperchen berechnet werden, so werden die wirklich vorhandenen in keiner Proportion mit den letzteren vorgefunden werden.

Die Diagnose der Hämoglobinurie ist wohl nicht schwierig, wenn die Unterscheidungsmerkmale zwischen derselben und der Hämaturie im Auge behalten werden. Das Mikroskop ist natürlich vor allen Dingen zur Diagnose nöthig, jedoch nicht genügend zur Differentialdiagnose des Hämoglobins von anderen Farbstoffen. Das Spektroskop würde wohl in solchen Fällen von grossem Nutzen sein; jedoch bei leichter Färbung sind die Absorptionsbänder nur wenig sichtbar. Die chemische Hämoglobinreaktion durch Terpentinöl und Guaiakumtinktur, obschon von grosser Wichtigkeit wegen ihrer leichten Ausführung und Feinheit, ist doch nicht absolut sicher, da auch andere Substanzen als Hämoglobin die Resultate derselben geben. Die Teichmann'sche Häminprobe ist wohl diejenige, die ganz zuverlässig ist und die auf keine andere Weise entstehen kann. Die Ausführung derselben ist so einfach, dass sie auch in dieser Beziehung den Vorzug vor allen anderen verdient. Es wird dieselbe durch trockne Verreibung des Koagulums mit Chlornatrium und das Kochen in Eisessig auf einem Glasscheibchen unter Deckglas ausgeführt und zeigt unter dem Mikroskop die kleinen charakteristischen Krystalle.

Nächst der Ermittelung des Wesens der Krankheit ist die Frage der Entstehung eine Hauptsache. Genaue Nachfrage wird wohl öfters Intoxikationen feststellen lassen, während Transfusion sich von selbst als Ursache ergiebt, sowie auch Verbrennungen, oder Anwendung der vorher genannten Hautmittel. Die Möglichkeit der Vergiftung mit giftigen Gasarten wird durch andere Symptome wahrscheinlich, und Tumescenz der Leber oder Milz wird diese Organe als mit der Ursache verwandt erscheinen lassen. Heftige Paroxysmen von Schüttelfrost und hohem Fieber, denen wohl leichtere Paroxysmen von Intermittens vorhergegangen sind, deuten auf schwere Malaria, während die Paroxysmen, die periodisch den Kälteeinflüssen folgen, direkt auf dieselben zurückzuführen sind. Für die Fälle, wo Blutkörperchen in dem Harne bei Hämoglobinurie erscheinen und wo desshalb Hämoglobinurie mit Hämaturie komplizirt ist, wird die schon oben erwähnte Zählung der Blutkörperchen nebst Vergleichung des Farbentons mit der Skala des Hämocytometers endgültig entscheiden. Die Prognose ist im allgemeinen als eine günstige zu bezeichnen, und wird wohl in den meisten Fällen eine Genesung bei richtiger Behandlung nicht ausbleiben, obschon bei perniziöser Intermittens der südlichen Klimate, die von Hämoglobinurie begleitet sind, Todesfälle in kurzer Zeit häufig sind. Bei Vergiftungen, welche Hämoglobinurie zur Folge haben, richtet sich die Prognose nach der Stärke der Intoxikation. Die paroxysmale Hämoglobinurie, die sich durch Kälteeinflüsse entwickelt, ist an und für sich wenig gefährlich; doch mag sie durch ihren Einfluss auf das Allgemeinbefinden und durch eine sich dazu gesellende Nierenaffektion bedenklich werden. Die Behandlung von Fällen von Hämoglobinurie erfordert vor allen Dingen eine Kenntniss der pathogenen Agentien. So werden die Einflüsse von Giften durch Antidote paralysirt, die Paroxysmen der perniziösen Intermittens werden durch dreiste Dosen von Chinin und Arsenik bekämpft, und

Kälteeinflüsse werden durch Ortswechsel und passende Kleidung nebst Bettwärme und Wärmflaschen während des Anfalles behandelt. Symptomatische Behandlung durch Ableitung von Kongestionen oder Schmerzen, nebst passenden diätetischen Verordnungen sind, selbstverständlich zu beobachten, nebst Bewahrung vor Schädlichkeiten, die der Krankheit Vorschub geben können.

Zum Schlusse führe ich einen mir kürzlich zur Behandlung gekommenen Fall vor. Da solche Fälle in unseren Breiten ziemlich selten sind, so mag derselbe von Interesse sein, zumal er als typisch für die durch Kälte hervorgebrachten paroxysmalen Hämoglobinurien gelten kann.

Patient S. B., ein Bäcker, 38 Jahre alt, verheirathet und Vater von sieben Kindern. Seine Arbeitsstunden sind des Nachts und am frühen Morgen. Während seiner Arbeit ist er der Hitze des Backofens ausgesetzt, und bald darauf geht er durch die Strassen, um seinen Kunden das Brod zu bringen, was im allgemeinen vor Sonnenaufgang geschieht. Patient hatte nie zuvor an irgend einer Krankheit gelitten, hatte in früheren Jahren in der deutschen Armee gedient und konnte keine Ursache für seine Krankheit anführen. Wie er zuerst vor ca. einem Monate unter meine Behandlung kam, hatte er ungefähr drei Monate an dieser Krankheit gelitten. Seine einzige Klage war die über das Blutharnen. Er hatte keine direkten Schmerzen, aber berichtete, dass er ein unbehagliches Gefühl in dem Kreuze, den Lenden und Schenkeln habe; ausserdem schien Patient mit leichtem Frösteln behaftet zu sein, welches mitunter beinahe bis zum Schüttelfroste kam, besonders vor den Paroxysmen des Blutharnens.

Ich habe bei Patient zu keiner Zeit Fieber beobachten können, und der Puls war ungefähr 70 in der Minute, von normaler Stärke. Er ist wohlgenährt, hat aber eine eigenthümlich bleiche Gesichtsfarbe, wie sie meistens bei Rekonvaleszenten wahrgenommen wird. Die Gesichtsfarbe war gelblich und die Konjunktiva leicht gelb gefärbt. Patient war während dieses Leidens nie bettlägerig und glaubte durchaus nicht krank zu sein. Er zog es jedoch vor, so viel wie möglich innerhalb des Hauses im warmen Zimmer zu bleiben, da Kälteeinwirkung nach seiner Beobachtung zu schweren Paroxysmen von Blutharnen führte. Alle Symptome wurden allmälig mehr ausgesprochen. Er litt mitunter an Verdauungsstörungen mit Aufstossen und Abgang von Gasen nach oben und unten; Leber und Milz boten der physikalischen Untersuchung keine merklichen Veränderungen dar; auch wurde keine Nierenläsion konstatirt. Kein Anzeichen von Oedem ist vorhanden; P. hat keine Exzesse im Trinken oder in *Venere* begangen; Syphilis, Tuberkulose oder Skropheln können ausgeschlossen werden. Hatte nie Intermittens und wohnte nie in einer Fiebergegend. Der Harn, von dem ich zahlreiche Proben untersuchte, war von der grössten Verschiedenheit zu verschiedenen Zeitpunkten. Wenn frei von Paroxysmen, enthielt der Urin des Patienten weder Eiweiss noch sonstige abnorme Bestandtheile, war gelb nach Vogel's Skala und ganz klar, während der innerhalb des Paroxysmus gelassene Harn die Farbe von Porter oder Portwein hatte, von rothbraunem Ton nach Vogel's Skala, und bald dunkel sedimenttirte. Der überstehende klare Urin behielt seine dunkel-braunrothe Farbe. Nur während der letzten Wochen zeigte sogar der Morgenharn eine Rosafarbe, und es war während dieser Periode, dass Dr. F. P. Henry den Patienten mit mir sah. An demselben Tage, sechs Stunden nachher, war der Harn so dunkel und rothbraun wie noch je vorher, und zeige ich hier eine Probe davon vor

Patient gab an, dass der Morgens gelassene Harn der beste des Tages sei, während ungefähr um 3 Uhr Nachmittags ein Wechsel sich einstellte, so dass der Harn in ein oder zwei Stunden dunkler wurde, wo sich Harndrang hinzugesellte. Wenn Patient nicht warm angekleidet war oder in einem kalten Zimmer sich befand, musste er den Harn in kurzen Zwischenräumen lassen.

Das erste Mal, dass ich den Urin des Patienten untersuchte, war vor ca. einem Monat, und obgleich von dunkel-braunrother Farbe, war derselbe doch frei von allen Blutkörperchen. Tägliche Harnmenge 1200 c. c. Spezifisches Gewicht 1023—1030. Das Volumen der koagulirten Albuminmenge war ca. die Hälfte des Volumens der ganzen untersuchten Harnmenge. Die salz-, phosphor- und schwefelsauren Salze waren in normalen Mengen gegenwärtig. In dem Urin, der zwischen den Paroxysmen gelassen wurde, war damals kein Albumin zu finden und keine Blutkörperchen wurden darin entdeckt. Seit ungefähr einer Woche enthält der Morgenharn Blutkörperchen, wie auch der Harn des Paroxysmus. Das Sediment des letzteren zeigt unter dem Mikroskope fadenförmige Koagula und Inselchen von amorphem Blutfarbstoff. Das Sediment in Koagulum des gekochten Harns ergab nach Prüfung die charakteristischen Häminkrystalle. Patient ist noch unter Behandlung und ist bis jetzt wenig durch dieselbe gebessert; Chinin und Arsenik blieben ohne allen Erfolg und scheint Patient überhaupt nur durch Wärme und gleichmässige Temperatur günstig beeinflusst zu werden. Wenn er längere Zeit im Bett liegt und mit warmen Kleidern zugedeckt ist und sich nicht dem Temperaturwechsel seines Geschäftes aussetzt, scheint er wesentlich besser zu werden. Da ein verordneter Klimawechsel nicht ausführbar ist, so besteht die fortgesetzte Behandlung nur in passender Kleidung und der Vorsicht, sich nicht den Einwirkungen der Kälte und Nässe auszusetzen.

Ist das Kind todt, wenn die vorgefallene Nabelschnur nicht mehr schlägt?

Von Dr. M. Hartwig, Buffalo, N. Y.

Meine Zeit erlaubt mir nicht, herumzusuchen, ob irgendwo ein Autor angegeben, dass das Kind unter den gegebenen Bedingungen doch noch lebendig sein könne; so weit indess meine Erinnerung reicht, ist die Annahme allgemein, dass das Kind todt ist, wenn die vorgefallene Nabelschnur nicht mehr schlägt, besonders wenn sie schon seit einiger Zeit nicht mehr schlägt. Eine Anfrage bei einer Anzahl von Kollegen hat nur ergeben, dass es Keinem in solchem Falle gelungen war, ein lebendes Kind zu erhalten. Dies dürfte Grund genug sein, um einen mir jüngst vorgekommenen Fall kurz zu skizziren. Ich wurde an das Bett einer Frau geholt und fand die pulslose Nabelschnur vor den Genitalien. Bei innerer Untersuchung ergab sich ein Mittelding zwischen Quer- und Fusslage. Beide Beine und eine Hand lagen im *os*, der Kopf war in die linke *Fossa iliaca* abgewichen.

Ich erklärte, das Kind sei todt und Eile daher nicht von Nöthen. Zwischen Befühlen der Nabelschnur und innerer Untersuchung waren schon fünf Minuten mit Waschen und Desinfiziren der Hände und Vulva vergangen. Jetzt desinfizirte ich nochmals die Hand und ging mit vier Fingern ein, den nächsten Fuss herunterholend. Anziehen während und zwischen den Wehen wollte ohne Gewaltanwendung die Rotation nicht herbeiführen; ich desinfizirte darum meine Hand nochmals und

holte den anderen Fuss herab; alsdann ging die Geburt des kleinen, ca. fünf Pfund schweren Kindes rapide, trotzdem die Nabelschnur um Körper und Hals geschlungen war. Diese letztere Thatsache erklärt vielleicht das Faktum, dass bei der beschriebenen Lage die vorgefallene Nabelschnur nicht pulsirte. Ich liess das Kind noch geruhig ein paar Minuten zwischen den Beinen der Mutter, da jetzt erst noch Scheere und Faden gesucht wurde. Mit einem Mal fiel mir ein, ob denn das Herz nicht doch noch schlagen könne. Jetzt waren doch gewisslich 15 Minuten vergangen. Rapide schnitt ich ab, wischte den Thorax ab und legte mein Ohr auf. Was es mein eigener Puls, war es der des Kindherzens? Ich machte rapide einige Schulze'sche Schwingungen und horchte nochmals. Jetzt war es zweifellos: ich hörte das Kindesherz schlagen. Ich setzte die Schulze'schen Schwingungen fort und immer lauter schlug das Herz, bis schliesslich ein spontaner Athemzug und dann ein anderer und schliesslich immer mehr folgten; kurzum, nach einer halben Stunde hatte ich ein lebendes Kind vor mir.

Um der Abkühlung entgegenzuwirken, hatte ich das Kind öfter in recht warmes Wasser getaucht. Dieser Fall zeigte mir so recht die ausserordentliche Wirksamkeit der Schulze'schen Schwingungen, welche selbst dem todten Kinde mit Sicherheit Luft in die Lungen einführen. Bei kräftigem Abwärtsschwingen hört man die Luft in die Lunge dringen. Schade, dass beim Erwachsenen solche Schwingungen wegen der Schwere desselben nicht auszuführen sind.

Nach 24 Stunden starb das Kind. Ich hatte das erwartet, denn trotz aller Bemühung, und trotzdem, dass reichlich amniotische Flüssigkeit beim Aufschwingen aus dem Munde kam, war auf einer Seite der einen Lunge eine rasselnde Area nicht zu beseitigen. Das Rasseln blieb — *id est* ein lokalisirtes Oedem — das wohl zu Pneumonia und Tod geführt hat. Leider wurde keine Sektion bewilligt. Ein stärkeres Kind wäre wahrscheinlich am Leben geblieben.

Dieser Fall ist noch in einer Richtung interessant. Die Frau hatte vorher drei Kinder, davon das erste lebend und spontan in Kopflage, die anderen todt in Querlagen; dabei war die erste Entbindung durchaus nicht schwer. Ein enges Becken war nicht vorhanden; jedenfalls war das Becken für dieses kleine Kind nicht zu eng, — und doch drei Querlagen! Enge Becken werden oft als die Ursache der Querlagen angegeben, weil der Kopf nicht leicht genug in das Becken eindringen könne. Offenbar ist dies nicht die alleinige Ursache. Wenn der Uterus im Verhältniss zu seiner Höhe zu breit ist, wird man auch ohne enge Becken Querlagen erleben, und da erhält man auch lebende Kinder.

Fall von Chorea Gravidarum.

Referirt im *Verein Deutscher Aerzte in St. Louis, Mo.*, am 10. Juni 1887.
Von Dr. Volquardsen.

Am 22. März v. J. wurde ich zu einer Frau A. K. an Franklin Ave. gerufen. Ich fand eine schlank, aber proportionirt gebaute Frau von Mittelgrösse, blond, zarter Haut, ziemlich normal entwickeltem Fettpolster, 21 Jahre alt, welche an fortwährenden konvulsivischen Zuckungen sämmtlicher einzelnen Glieder ihres Körpers litt.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Frau A. K., welche sich im Herbste 1885 verheirathet hatte (genaueres Datum war nicht zu erfahren), befand sich am Ende des vierten oder Anfang des fünften Monats der Schwangerschaft. Etwa zwei Wochen früher, ehe ich gerufen

worden, habe sie in verschiedenen Gliedern ihres Körpers krampfhafte Zuckungen bekommen, zuerst freilich ziemlich leichter Natur, — wegen welcher sie bereits bei zwei verschiedenen Aerzten Hülfe gesucht habe. Trotz ärztlicher Behandlung habe sich jedoch ihr Leiden immer mehr gesteigert und habe der letztbehandelnde Arzt ihr deshalb den Rath gegeben, in ein Hospital zu gehen. Dies habe sie nicht gewollt, sei aber der besseren Aufsicht und Pflege wegen mit ihrem Manne zu ihrer Mutter gezogen und habe mich jetzt rufen lassen.

Ich fand die Patientin in fortwährenden konvulsivischen Zuckungen; die einzelnen Theile des Körpers, Arme, Beine, Hals, Kopf, Gesichtsmuskeln, selbst Zunge und Augen waren nacheinander fortwährend abwechselnd in konvulsivischen, von ihrem Willen nicht allein absolut unabhängigen, sondern demselben direkt entgegengehenden Bewegungen, welche ihr nicht nur jede Ruhe, selbst den Schlaf raubten, sondern sie vollständig am Sprechen, ja fast am Schlucken verhinderten. Dieser die Patientin völlig erschöpfende Zustand hatte sich von Beginn des Leidens an sehr rasch immer mehr bis zu dieser Höhe gesteigert.

In früheren Jahren, auch während der Pubertät, hatte die Patientin niemals an irgend welchen Zuckungen, Konvulsionen oder sonstigen nervösen Störungen gelitten; ausser vielleicht, als sie vor etwa drei Jahren ihre rechte Hand einmal an einem Nagel verletzt gehabt, hat sie nach Verheilung der Wunde noch längere Zeit mit der Hand nicht recht Sachen halten können, sondern dieselben leicht fallen lassen. Doch hat sie schon seit längerer Zeit diese Folgen der Verwundung nicht mehr bemerkt.

Von der Familie der Patientin schien Niemand, soweit zu erkennen und zu erfahren, neuropathisch belastet. Das Herz war normal und Eiweiss im Urin nicht vorhanden.

Die Behandlung bestand zunächst in der Darreichung von Narcoticis und zwar gegen Abend in grossen Dosen, um wenigstens der Patientin zunächst den ihr so absolut nöthigen Schlaf zu verschaffen und dadurch die drohende gänzliche Erschöpfung abzuwenden. Es wurde mit Morphin, Bromkalium und Chloral abgewechselt und dieselben auch verbunden gegeben. Diese Behandlung war jedoch fast gänzlich erfolglos. Selbst grosse Dosen (Morphin gr. $\frac{1}{2}$ und Chloral 3 $\frac{1}{2}$) konnten nur auf ganz kurze Zeit (etwa eine halbe Stunde) und in durchaus ungenügender Weise Ruhe verschaffen, da die Zuckungen trotzdem, wenn auch in etwas milderer Weise, fortdauerten. Warme Bäder waren im Hause selbst nicht wohl zu beschaffen und ein Transportiren der Patientin zu solchem Zwecke nicht zu empfehlen.

Da eine hereditäre Anlage nicht vorzuliegen schien und in einem Hirnleiden scheinbar auch die Veranlassung nicht gefunden werden konnte, so blieb für die Behandlung nicht wohl eine andere Auffassung übrig, als dass eine Reflexneurose, ähnlich wie bei dem unstillbaren Erbrechen der Schwangeren, vorliege. Diese Anschauung führte zu dem Gedanken, eine bei dem Erbrechen Schwangerer häufig und mit dem dankbarsten Erfolge geübte Behandlung, nämlich die Dehnung des Muttermundes, vorzunehmen. Da mit dem Finger in dieser Richtung absolut nichts zu erreichen war, so entschloss ich mich zur Anwendung des Pressschwammes. Der Zustand der Patientin war inzwischen ein so trostloser geworden, dass die Einleitung der künstlichen Frühgeburt vollkommen gerechtfertigt erscheinen musste, und deshalb diese mögliche Folge der Erweiterung des Muttermundes durch Pressschwamm nicht zu fürchten, sondern eher zu wünschen war.

Nachdem ich dem Manne und den Eltern die möglichen Folgen des von mir beabsichtigten Verfahrens mitgetheilt und deren volle Zustimmung erhalten hatte, führte ich am ersten Tage einen Laminariastift ein, den ich bis Abends liegen liess ; am anderen Morgen liess ich einen dünnen Pressschwamm, am folgenden einen dickeren und am vierten Morgen einen Pressschwamm, so dick, wie ich ihn habe auftreiben können, folgen, welche Pressschwämme ich stets bis Abends, d. i. etwa sieben bis acht Stunden, liegen liess. Ich glaubte während dieser viertägigen Behandlung schon eine Abnahme der Heftigkeit der Zuckungen zu beobachten; wenigstens war am vierten Tage die Besserung unläugbar zu konstatiren, darin, dass die Patientin wieder anfing, einigermassen verständlich, wenn auch noch stossend, zu sprechen, und während der Nacht mehrere Stunden schlafen konnte. Wehen waren nicht eingetreten. Wegen der Besserung, die eingetreten und den Zustand der Patientin zu einem einigermassen erträglichen gestaltet hatte, wollte ich jetzt, trotz des Drängens der Familie, nicht weiter gehen und nicht durch mehr eingreifende Mittel die Frühgeburt hervorrufen.

Da aber die Zuckungen noch nicht ganz vorüber waren und sowohl Mann und Mutter, als auch die Patientin selbst auf Entfernung der Frucht drängten, in der sie mit Recht nicht allein den Grund der Erkrankung, sondern auch von deren Fortdauer sahen, so verlangte ich eine Konsultation, und wurde zu dem Ende Dr. Henry Schwarz gerufen.

Bis zur am 30. März stattfindenden Konsultation mit Dr. Schwarz waren zwei weitere Tage vergangen und hatte die Patientin sich während dieser Zeit noch mehr gebessert. Wenn die Zuckungen auch noch vorhanden, so waren sie doch nicht mehr so kontinuirlich, nicht so heftig, auch konnte Patientin sprechen und ohne Beschwerden schlucken, selbst mehrere Stunden während der Nacht schlafen.

Das Resultat der Untersuchung des Dr. Schwarz und der Berathung mit demselben war, der Familie zu empfehlen, mit weiteren Schritten noch zu warten und das Resultat der jetzt stetig fortschreitenden Besserung abzuwarten und sorgfaltig zu überwachen. Die Besserung schritt von da an stetig fort; bis zum 10. April habe ich meine Besuche fortgesetzt und der Patientin Eisen verordnet. Am 15. April v. J. meldete Patientin sich persönlich in meiner Office als genesen. Wie lange dieselbe die Eisen-Medikation, die ich ihr dringend empfohlen hatte, fortgesetzt, kann ich nicht sagen, da ich sie vor ihrer am 8. August v. J. erfolgten Entbindung nicht wieder gesehen habe. Am 8. August wurde sie leicht und normal von einem gesunden, vollständig ausgetragenen, mittelgrossen Kinde entbunden. Bei ihrer Entbindung ist keinerlei Krampf oder besonderes nervöses Symptom beobachtet worden. Das Wochenbett ist normal verlaufen ; das von der Mutter genährte Kind ist gesund, hat aber jetzt entwöhnt werden müssen, da die Mutter sich schon seit fast drei Monaten wieder schwanger fühlt. Ausser der Angst vor der Wiederkehr ihres Leidens während ihrer ersten Schwangerschaft habe ich an der A. K. noch keine Andeutung, kein Symptom der Chorea wieder bemerkt.

Ich habe diesen Fall der Mittheilung werth erachtet aus zwei Gründen:

einmal, weil die Erweiterung des Muttermundes ein so schnelles Aufhören der Chorea zur Folge hatte, und

zweitens, weil die doch gewiss ziemlich forcirte Anwendung des Pressschwammes nicht allein keinen Abortus zur Folge hatte, sondern nicht einmal die geringsten Wehen hervorgerufen hat.

Ueber den neuesten Standpunkt in der Therapie des Carcinoma uteri.*

Vortrag von Prof. Schauta in Prag.

Gehalten in der Sektion Eger-Franzensbad des *Centralvereins deutscher Aerzte in Böhmen* am 29. Mai 1887.

(Nach dem stenographischen Sitzungs-Protokolle.)

Meine Herren! ich habe mir erlaubt, für die Erörterung eines Themas Ihre Aufmerksamkeit zu beanspruchen, das so alt, als die Medizin überhaupt, zu einem definitiven Abschluss noch nicht gekommen ist, dessen Zukunft aber mehr als ein anderer Punkt der Therapie in den Händen der Aerzte liegt.

Es ist das Thema der Behandlung des *Carcinoma uteri*, dieser Geissel des weiblichen Geschlechtes. Ich will diese Frage erörtern, da gerade in den letzten Jahren eine hoffnungsfreudige Wendung und Verbesserung in diese Frage gebracht wurde, um Ihnen zu zeigen, dass die Behandlung bei Weitem nicht so ungünstig ist, als sie zu sein scheint; dass wir alle Aussicht haben, vielleicht schon in wenigen Jahren die Erfolge der Therapie bei *Carcinoma uteri* den Erfolgen bei den übrigen Tumoren der weiblichen Genitalien ebenbürtig an der Seite zu sehen.

Seit den ältesten Zeiten bis auf den heutigen Tag wurde versucht, auf medikamentöse Weise dem *C. u.* beizukommen. Die Erfolge waren negativ; ebenso wenig als bei anderen Karzinomen hat man mit Medikamenten bei *C. u.* etwas ausgerichtet.

Es war diese Therapie in so lange berechtigt, als man annehmen zu müssen glaubte, dass das *C. u.* der lokale Ausdruck einer allgemeinen karzinomatösen Kachexie, Blutdissolution sei. Seitdem man weiss, dass das Karzinom eine lokale Bildung ist, musste man ihr mit lokalen Mitteln entgegen treten, und so kam es, dass die lokale Therapie in den Vordergrund gestellt wurde.

In den meisten Fällen ist es die *Portio vaginalis*, die den Sitz des K. bildet; und diese ist der Angriffspunkt unserer Therapie. Man hat auf verschiedene Weise versucht, den Karzinom-Herd auszurotten:

1. Durch Aetzen; dieses hat nur einen palliativen Werth. 2. Später suchte man, nach chirurgischen Regeln, das K. von dem Gesunden zu entfernen und hat die Amputation der *P. v.* ausgeführt mit Messer und Scheere und der galvanokaustischen Schlinge. Obwohl die Amputation der *P. v.* recht gute Erfolge ergab, stellte sich bald heraus, dass nicht alle Fälle durch diese Amputation heilbar waren.

Einen weiteren Schritt hat Hegar unternommen; dieser hat die keilförmige Exzision ausgeführt, den Cervixkanal an einer höheren Stelle durchtrennt, einen Konus aus dem Cervix ausgeschnitten, so dass ein Trichter zurück blieb. Aber auch mit dieser Therapie hat man nicht in allen Fällen Erfolge erzielt.

Einen Schritt weiter that Schroeder, er machte die supravaginale Cervixamputation; der Cervix wird ringsherum vom Scheidengewölbe losgelöst und vollkommen abgetrennt, die Stumpffläche mit dem Rande im Scheidengewölbe vernäht. Wiewohl dieses Verfahren recht radikal erscheint, waren auch hier die Fälle leider nicht selten, wo Recidive in dem zurückbleibenden Stumpf auftraten, und es blieb noch der letzte Schritt zu thun übrig. Diesen that W. Alexander Freund 1878, indem er den Uterus ganz exstirpirte, und zwar zunächst durch die Laparoto-

* Prager Med. Wochenschrift, No. 28, 1887.

mie; später erst entschloss man sich zur Exstirpation von der Scheide aus, eine Operation, welche wir Czerny, Billroth, Schroeder verdanken.

Wir besitzen auf diese Weise für jede Form der Erkrankung des Uterus eine bestimmte Operation: 1. die Amputation des infravaginalen Antheils, 2. höhergreifend die keil- und trichterförmige Exzision nach Hegar, 3. für die Fälle, wo das K. bis an das *Orificium internum* reicht, die supravaginale Amputation nach Schroeder, 4. die totale Exstirpation.

Genau so wie ich selbe eben vor Ihnen präzisirt, werden auch heute noch die Indikationen von einer Reihe von Männern festgehalten; es sind dies: Schroeder, Braun, Winkel.

Nichtsdestoweniger traten gleich nach dem ersten Auftreten der totalen Exstirpation Operateure auf, welche die totale Exstirpation in allen Fällen von Uterus-Karzinom für die ausschliesslich berechtigte hielten, Männer, die auch bei beginnendem K. der *P. v.* die Total-Exstirpation ausführten. Zu diesen gehören: Martin, Fritsch, Gusserow, Olshausen, Brennecke.

Und so sehen wir heute die gynäkologische Welt in zwei grosse Heerlager gespalten, und wenn wir auch die Erfahrung machen, dass es Deserteure giebt, und bald das eine, bald das andere Heerlager gewinnt, so zählen die Anhänger der partiellen Exzisionen so zahlreiche und grosse Männer zu den Ihrigen, dass wir uns fragen: Welche Gründe haben diese Männer für das Festhalten an ihrer Indikationsstellung?

Diese Gründe sind mannigfache. Zunächst hat man angeführt, dass auch durch partielle Amputationen radikale Heilungen möglich seien, man hat sogar statistisch die hohe Gefährlichkeit der totalen Exstirpation nachgewiesen. Man hat in's Feld geführt, die totale Exstirpation sei eine Verstümmelung und Gebärunfähigmachung des Weibes, sei schwierig gegenüber der partiellen Operation.

Der letzte Punkt muss zugegeben werden. Die totale Exstirpation ist schwieriger als die partielle Amputation. Das kann aber nicht maassgebend sein. Prüfen wir die anderen Einwürfe. Man hat angeführt, dass auch radikale Heilungen durch partielle Exzisionen möglich sind. Das lässt sich nicht leugnen.

Andererseits wird man gegen die Behauptung nichts einwenden können, dass in denselben Fällen, die durch partielle Exzision geheilt wurden, auch die totale Exstirpation Heilung gebracht hätte, und umgekehrt in einer Reihe von Fällen, wo nach partiellen Exzisionen Rezidive kamen, die totale Exstirpation möglicherweise definitive Heilung gebracht hätte. Wenn man aber behauptet, dass die totale Exstirpation schlechtere Resultate in Bezug auf dauernde Heilung gegeben habe, so ist dieser Einwand *a priori* sehr wenig wahrscheinlich; denn mit der totalen Exstirpation wird man das chirurgische Ideal viel eher erreichen, im Gesunden zu operiren, als mit der partiellen. Doch scheint es in der That nach dem statistischen Material, als ob die totale Exzision schlechtere Resultate gegeben hätte als die partielle.

Schroeder's Statistik, herausgeg. von Hofmeier, erweist in Karzinomfällen, deren Operation ein Jahr zurückdatirt, bei partieller Exzision 51 Prozent, bei totaler Exstirpation 48 Prozent dauernder Heilungen — bei Fällen, deren Operation zwei Jahre zurückdatirt, 46 Prozent und 24 Prozent — u. s. f. Jedesmal sieht man, dass die totale Exstirpation schlechtere Prozentsätze erzielt. Die Erklärung ist einfach. Wenn Jemand partielle und totale Exstirpationen macht, so wird er in den leichtesten Fällen die partiellen machen und die totalen nur für die allerschwersten aufsparen.

Es wird die totale Exstirpation nur dann in Frage kommen, wenn das *Orificium internum* überschritten ist. Dann ist aber die Operation überhaupt nicht mehr im Gesunden auszuführen; das schlechte Resultat kann uns nicht wundern. Wir müssen daher die Statistik von Operateuren vergleichen, die partielle und totale, und auf der anderen Seite, die nur totale ausgeführt haben. Solche liegen jetzt vor.

Auf der einen Seite können wir die Statistik Hofmeier's, auf der anderen Seite die Martin's verwenden.

In jenen Fällen, die ein Jahr vor Konstatirung der dauernden Heilung operirt worden waren, kommen vor bei Hofmeier 50 Prozent, bei Martin 70 Prozent, nach zwei Jahren bei partieller Exzision

			40 Proz.,	bei	totaler	100 Proz.	
nach	3	Jahren	40	„	„	„ 100	„
„	4	„	38	„	„	„ 55	„
„	5	„	35	„	„	„ 43	„

in Summa 45 Proz., bei totaler 70 Proz. dauernder Heilung.

Wenn wir die Statistik von diesem Standpunkt auffassen, müssen wir zugeben, dass der Einwand, die totale Exstirpation liefere schlechtere Resultate, nicht berechtigt erscheint. Wir kommen zu einem weiteren Einwand:

„Was nützt es der Frau — so sagen die Gegner der Totalexstirpation — wenn sie nach totaler Exstirpation dauernd geheilt werden kann, wenn sie der Gefahr ausgesetzt wird, durch die totale Exstirpation um's Leben zu kommen?"

Meine Herren! die Frage, ist die Gefahr wirklich so gross, wie sie von den Gegnern dargestellt wird, muss wohl erwogen werden.

Die totale Exstirpation wurde früher nur für die schwersten Fälle aufgespart und wies dann allerdings recht schlechte Heilungsresultate auf. In vielen dieser Fälle ist eine radikale Operation nicht mehr möglich. Die Umgebung ist infiltrirt, es bleiben Reste des Karzinoms zurück, das Peritoneum wird infizirt, und die Frauen gehen an Peritonitis zu Grunde. Aber seitdem man die Exstirpation nicht blos für die schwersten Fälle reservirt, ist die Prognose eine günstigere.

Nach Pfannenstiel war die Mortalität unter den bis 1882 Operirten 23 Prozent. Die Fälle, die nach 1882 operirt wurden, boten 8·3 Prozent Mortalität; Martin und Fritsch zeigen, dass das Mortalitätsprozent noch weiter herabgedrückt werden kann, und wenn man bedenkt, dass Technik und Antisepsis zu einer immer höheren Ausbildung gelangen, so muss man Fritsch zustimmen, dass das Mortalitätsprozent auf drei bis vier herabgedrückt werden kann. Sie müssen zugeben, dass bei partieller Exzision auch nicht viel mehr erzielt werden kann!

Ein weiterer Einwand ist: man nimmt der Frau die Möglichkeit, lebende und lebensfähige Kinder zu erzeugen. Das ist richtig. Das wird Niemand leugnen. Aber wie steht es mit der Konzeptions- und Gestationsfähigkeit jener Frauen, denen man die Cervix exstirpirt hat? Solche Frauen werden schwanger, aber in allen Fällen ist Abortus eingetreten. Die totale Exstirpation und die hohe Exzision stehen somit auf gleicher Stufe. Andererseits wissen wir, dass auch bei partieller Exzision das Wohlbefinden nicht immer ganz ungestört war; es kommt zur Bildung von Schwielen, Stenosen, Haematometra, und es giebt Fälle, wo man wegen schwerer stenotischer Erscheinungen genöthigt ist, nachträglich die totale Exstirpation auszuführen.

Sie sehen, die Frage ist nach allen Seiten hin erwogen worden, pro

und contra, und nur ein Punkt ist weniger berücksichtigt worden, und das ist der anatomische Standpunkt der Frage. Wenn man die Indikationen so präzise stellt, für die totale wie die partielle Exstirpation, so muss man sich fragen, ob auch eine wissenschaftliche Begründung da ist, die Indikationen so präzise zu stellen. Wenn ich sage, die infravaginale Cervixamputation sei auszuführen bei Karzinomen, die auf die *Portio vaginalis* beschränkt sind, so muss ich auch klinisch die Diagnose feststellen können, dass das Karzinom nicht höher hinauf reicht; ebenso bei der supravaginalen Amputation. Wenn ich das nicht kann, dann kann ich vom wissenschaftlichen Standpunkte aus eine solche Indikation nicht stellen.

Ist man nun klinisch im Stande, die Grenze des Karzinoms festzustellen? Das ist ganz und gar unmöglich; eine solche Grenze kann man klinisch, makroskopisch nicht nachweisen. Man muss am exstirpirten Uterus feine Schnitte machen, um die Grenze aufzufinden.

Andererseits findet man, dass bei scheinbar sicherer Begrenzung der Neubildung auf dem Cervix oft nicht blos die *Portio suprav.* ergriffen ist, sondern das Karzinom die Grenze des inneren Muttermundes nach aufwärts überschreitet. Ferner giebt es Fälle, wo bei isolirten Krebsknoten des Cervix nach Abtragung dieser Knoten im gesunden Gewebe Rezidive entstehen, aber nicht in der Narbe, sondern weit ab von der Amputationsstelle in höheren Partien des Uterus, Endlich findet man bei isolirten Knoten im Cervix mitunter gleichzeitig Knoten im *Fundus uteri*, getrennt von einander durch vollkommen gesundes Gewebe.

Ich gebe Ihnen für das eben Gesagte einige illustrirende Fälle meiner eigenen Erfahrung. Es sind drei Fälle, die ich anführe.

Der erste Fall betraf eine 38jährige Bäuerin aus Steinach am Brenner. Seit vier Monaten hatte sich Blutabgang gezeigt. Ich konstatirte Gravidität im sechsten Monat und einen Tumor der vorderen Lippe, der sich schon makroskopisch zweifellos als Karzinom erwies. Dieser Befund wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Ich trug die vordere Lippe ab und war der Ueberzeugung, vollkommen im gesunden Gewebe operirt zu haben. Bei der mit der Schwangerschaft verbundenen Auflockerung war eine Abgrenzung des Tumors vom gesunden Gewebe sehr leicht möglich. Ich amputirte mit dem Messer, vernähte die Fläche und entliess den Fall geheilt.

Am normalen Schwangerschaftsende wurde ein lebender, reifer Knabe geboren. Der weitere Verlauf war günstig. Drei Jahre und vier Monate hatte ich die Frau in Evidenz und wollte den Fall schon als definitiv geheilten publiziren. Zufällig im Mai 1883 sah ich die Frau wieder. Seit einigen Wochen ging abermals Blut ab. Ich fand einen Tumor, der die ganze Scheide ausfüllte; die vordere Muttermundslippe war gesund und zeigte eine feine lineare Narbe, auch die Winkel waren frei; der Knoten ging von der hinteren Muttermundslippe aus. Diesmal wurde der Uterus total exstirpirt, es erfolgte Heilung, die Frau ist bis heute gesund. Dieser Fall ist sehr interessant. Die ersten Anfänge der Degeneration der Hinterlippe waren wohl schon zur Zeit der ersten Operation vorhanden, obwohl sich makroskopisch trotz der Schwangerschaftsauflockerung des Cervix keine Spur einer Veränderung an der hinteren Lippe nachweisen liess. Man sieht aus diesem Falle, dass die ersten Anfänge des Karzinoms auch unter den günstigsten Verhältnissen dem aufmerksamen Beobachter entgehen können.

2. Eine 47jährige Frau hatte seit 10 Monaten Blutungen. In der Scheide fand sich ein apfelgrosser Tumor von der *P. v.* ausgehend,

scheinbar nach oben gut begrenzt. Ich führte die totale Exstirpation aus. Die mikroskopische Untersuchung ergab medullares Drüsen-Karzinom. Die Oeffnung des Uterus ergab, dass die Degeneration hinaufging als kompakte Infiltration bis ans *Orificium int.*, dasselbe sogar überschritten hatte und Ausläufer in's gesunde Gewebe des Uterus schickte. Jeder Anhänger der partiellen Exzision hätte sich mit der Schroeder'schen Exzision begnügt und hätte dabei jene Ausläufer der Degeneration in die Substanz des *Corpus u eri* zurückgelassen.

3. Eine 54jährige Frau litt seit langer Zeit an Uteruskatarrh; acht Jahre war sie in Behandlung von Gynäkologen; 14 Tage, bevor ich sie sah, hatte sie eine leichte Blutung, die sie beunruhigte. Klimakterium seit acht Jahren. Am 21. April kam sie in meine Sprechstunde. Ich fand einen kleinen, senil-atrophirten Uterus; senile Atrophie des Scheidengewölbes, Katarrh. An der *P. v.* ein erbsengrosses Knötchen, wie eine Exkoriation des Cervix. Dieses Knötchen blutete sehr leicht und sprang über das Niveau der Umgebung etwas vor. Mit Rücksicht auf das Alter der Frau schöpfte ich Verdacht auf Karzinom und exzidirte das Knötchen. Herr Prof. Chiari machte die mikroskopische Untersuchung und konstatirte ein beginnendes Oberflächenepithel-Karzinom. Es war der allererste Beginn. Ich hätte mich damit begnügen können, aber nach meinen Grundsätzen musste ich auch hier den Uterus exstirpiren, und man fand einen nussgrossen Knoten im Fundus, von dem Knötchen durch vollkommen normales Gewebe getrennt. Im *Fundus uteri* war Plattenepithel-Karzinom mit grossen Plattenepithel-Kugeln, sogenannte Perl-Kugeln. (Vortr. demonstrirt einige Präparate dieses Falles.)

Hätte ich in diesem Falle partiell exzidirt, so hätte ich den Krebsknoten im Fundus zurückgelassen und wäre so meiner Aufgabe als Operateur, vollkommen im Gesunden zu operiren, nicht nachgekommen. Sie werden sagen: Solche Fälle sind Unika; aber ich glaube das nicht, weil sie bei kleinem Material schon vorgekommen sind. Es ist hier ebenso, wie mit manchen anderen Fällen: sie gehen Jahre lang unbeachtet vorüber, auf einmal werden sie beschrieben; dann tauchen Beschreibungen da und dort auf, und es zeigt sich, dass solche Fälle, wenn auch selten, so doch weit häufiger sind als man vordem dachte.

Es giebt aber analoge Fälle. Blau hat unter 87 Fällen 31mal das *Orificium int.* überschritten gefunden. In allen diesen Fällen war die totale Exstirpation indizirt. Ferner operirte Winckel an der vorderen Lippe eine kankroide Papillargeschwulst; nach drei Jahren kam Recidiv an der hinteren Lippe. Das ist ein Pendant zu dem ersten Fall von mir. Binswanger hat einen Pendant zu meinem dritten Fall beschrieben: einen Knoten im Cervix und einen zweiten im *Fundus uteri*, scharf von einander getrennt durch gesundes Gewebe.

Fritsch sagt mit Bezug auf den Fall Binswanger; Wenn in der Literatur auch nur ein Fall bekannt ist, dass ein karzinomatöser Knoten am Cervix gleichzeitig mit solchen im *Fundus uteri*, durch gesundes Gewebe getrennt, vorkommen können, so entscheidet dieser eine Fall die Frage, ob total oder partiell zu operiren sei, ein für allemal.

Ich resumire: Das *Carcinoma uteri* ist radikal heilbar. Andererseits können wir radikale Heilung nur dann erwarten, wenn wir im Stande sind, vollkommen im Gesunden zu operiren. Ferner müssen wir konstatiren, dass die Erfahrung lehrt, dass bei beginnender Degeneration des Cervix das Karzinom rasch nach aufwärts im Uterus vorschreitet und auf das Orificium übergreift, dass Erfahrung und Thatsachen lehren,

dass isolirte Knoten an der *P. v.* mit Knoten im Fundus vorkommen können, dass endlich bei Amputationen einer Lippe ein Recidiv an einer anderen höher gelegenen Stelle des Uterus zu Stande kommen kann. Makroskopisch und klinisch ist die Diagnose der Begrenzung des Karzinoms unmöglich, daher immer eine radikale Operation angezeigt.

Freilich werden diejenigen Fälle, in denen die Operation möglichst früh ausgeführt wird, die besten Chancen bieten. Ich habe Eingangs gesagt, dass die Frage nach der Therapie des *Carcinoma uteri* mehr als eine andere therapeutische Frage bezüglich ihrer Zukunft in den Händen der praktischen Aerzte liege. Viele Frauen werden erst spät der Klinik, dem Operateur zugeführt. Es ist nur möglich, solche Diagnosen verhältnissmässig früh zu machen, wenn man jeden Fall von Katarrh und Erosion des Uterus als karzinomverdächtig betrachtet, und genau untersucht, ob nicht irgendwo ein kleines Knötchen sich findet, das als Karzinom angesehen werden muss. Das Alter der Kranken, das Vorhandensein von Blutungen, die Besichtigung der *P. v.* lehren uns, dass eine Erosion an einzelnen Stellen verdächtige Punkte zeigt. Solche Punkte zeigen Folgendes: Ueber der Oberfläche der Erosion springt ein Knötchen hervor, das ist dunkelroth oder gelbroth und blutet viel leichter.

Ich habe zufällig ein paar solche Fälle beobachtet, und Heitzmann lieferte dazu die Zeichnungen. (Der Vortragende demonstrirt mehrere darauf bezügliche Abbildungen.) Diese Knötchen erscheinen für den ersten Anblick ganz unschuldig, trotzdem finden Sie in ihnen karzinomverdächtige Knoten, die wir exzidirt und in denen wir das Bild eines beginnenden *Carcinoma uteri* vor uns hatten. Die Zukunft des *C. u.* wird besser, wenn wir früh operiren. Das hängt davon ab, dass wir möglichst früh diagnostiziren. In jedem Falle wird die Exzision eines verdächtigen Knötchens nothwendig sein. Das ist ein schmerzloser Eingriff. Ein solches Knötchen wird untersucht; findet man Karzinom, dann wird man den ganzen Uterus exstirpiren; wenn nicht, so war die Vermuthung unbegründet.

Wenn wir nochmals kurz resumiren, so kommen wir zu dem Schluss: Bei dem Umstande, als makroskopisch und klinisch die Grenzen des Karzinoms nicht festzustellen sind, und bei beginnender Degeneration des Cervix das Karzinom in den Uterus häufig schon weit vorgeschritten ist, werden wir bei jedem solchen Falle total exstirpiren.

Die totale Exstirpation nimmt in prognostischer Hinsicht eine Ausnahmestellung ein gegenber den Exstirpationen des Karzinom bei anderen Organen. Das Karzinom der Portio verbreitet sich sehr rasch nach aufwärts, aber die Umgebung wird erst spät ergriffen, weil die Zirkulation in den Blut- und Lymphgefässen bei den meisten derartigen Kranken wegen des höheren Alters schon eine beschränktere ist. Dagegen ergiebt sich durch die Beobachtung, dass bei jungen Personen die Karzinom-Degeneration verhältnissmässig ausserordentlich bösartig ist. Der jüngste Fall, den ich beobachtet und beschrieben, betrifft ein 16jähriges Mädchen; dieses hatte ein ganz kleines Knötchen im Cervix. Die Person ging nach wenigen Wochen zu Grunde, und zwar nicht an Recidiv am Uterus, sondern an einem Recidiv der Retroperitoneal-Drüsen. Die Verbindung des Uterus mit der Umgebung durch die Lymphbahnen ist bei alten Frauen eine sehr mangelhafte. Die totale Exstirpation des *C. u.* giebt unter allen totalen Exstirpationen des ganzen Körpers die günstigsten Resultate.

Winiwarter spricht aus, dass die besten Heilungsprozente *quoad*

sanationem completam das Karzinom der Lippen mit 40 Prozent ergebe. Die totale Uterus-Exstirpation ergiebt aber 70 Prozent.

Ich komme zum Schlusse. Man hört sehr häufig von den praktischen Aerzten: „Wenn einmal ein *Carcinoma uteri* diagnostizirt ist, ist jede Hülfe zu spät, es kommen selbst nach radikalen Operationen Rezidive." Diese Ansicht ist sehr nachtheilig, denn sie veranlasst uns, die Hände in den Schooss zu legen bei Fällen, wo wir die Frau noch retten können.

Wenn es mir gelungen wäre, Ihnen darzulegen, dass das *Carcinoma uteri* wirklich heilbar ist, und die Heilungsprozente sehr günstig sind, ein dauernder Erfolg aber nur dann erzielt wird, wenn möglichst frühzeitig operirt und total exstirpirt wird, so würde ich sehr glücklich sein und den heutigen Tag zu den erfolgreichsten meines Lebens zählen.

Was wächst aus alten Cholerakulturen?*)

Von Dr. Th. Zaeslein,
Assistent an der med. Klinik in Genua (Prof. E. Maragliano.)

Nach einem Vortrage, gehalten in der *Königl. Med. Akademie* in Genua.

Wenn man eine Reinkultur von Cholerabacillen 7 bis 8 Monate sich selbst überlässt und dann versucht, neue Kulturen daraus zu ziehen, so wächst, wie bekannt, entweder nichts oder es erscheint wieder der Koch'sche Bacillus, oder aber es wachsen andere Produkte. Indem es nun allgemein bekannt ist, dass der Cholerabacillus nicht eine grosse Resistenzfähigkeit besitzt, so erscheint es begreiflich, dass aus einer so alten Kultur der Kommabacillus nicht mehr wächst; dass keine anderen Bacillen wachsen, ist ein Beweis, dass die Kultur rein war und rein geblieben ist. Wächst aber eine neue Kultur des gesuchten Bacillus, so weiss man einstweilen noch nicht genau, aus welcher von all den Formen, die man gelegentlich in alten Kulturen noch findet, die neue Nachkommenschaft sich entwickelt hat; mit Wahrscheinlichkeit ist die Arthrospore dafür anzusprechen; wer noch nicht an die Existenz derselben glaubt, denkt etwa an ein bei der mikroskopischen Untersuchung unentdeckt gebliebenes, noch in gutem Zustande befindliches Komma oder an die Rekonstitution eines nur noch an den Enden färbbaren, von Finkler und Ceci beschriebenen Bacillus; schliesslich ist auch das sogenannte Oogon von Ferran, das sich in sehr alten Kulturen hie und da noch intakt vorfand, nicht zu vergessen. — Wächst aber ein anderer als der Koch'sche Bacillus aus der alten Kultur, so nimmt man an, derselbe sei von aussen in die Kultur eingedrungen und habe den Koch'schen verdrängt.

Um mir über diese Verhältnisse einigermaassen ein Urtheil bilden zu können, wurden viele alte Kulturen genauer untersucht und es stellte sich heraus, dass die Fälle, in welchen gar nichts wächst, recht selten sind. Es wurden Kulturen verwendet, die im ganzen nur 2 — 4 Umzüchtungen erfahren hatten, und ich ging in folgender Weise vor: Es wurde eine Platinöse voll in Agar, in gewöhnliche Pepton-Fleischbrühe, und in solche, die auf 1 Theil 10 Theile Wasser enthielt, eingeimpft und in 33° gestellt; war nach fünf Tagen nichts gewachsen, was nicht selten vorkam, so wurde aus dem makroskopisch leer gebliebenen Impfstich eine neue Uebertragung in Agar gemacht, ebenso aus der

*) *Deutsche Medizinal-Zeitung;* No. 52, 1887.

hell gebliebenen Fleischbrühe nach vorhergegangenem Schütteln ; oft erhielt ich so nach zwei Tagen eine Kultur. Es scheint also der eingeimpfte Tropfen mit einem Wachsthumhinderniss versehen zu sein, das er in der zweiten Provette verliert ; da eine zweite Uebertragung aber wieder die Möglichkeit einer zufälligen Infektion vergrössert, so versuchte ich, ob in Plattenkulturen das Wachsthum leichter vor sich gehe ; wenn auch durch die niedrigere Temperatur das Auswachsen von Sporen kaum begünstigt wird, so sind doch dort die eingeführten Keime von einander und gewiss oft von der ihnen aus der alten Kultur anhaftenden Flüssigkeit getrennt, befinden sich also mehr in Verhältnissen wie in der zweiten Uebertragungsprovette. Gewöhnlich wächst nichts vor dem dritten oder vierten Tag. Die Kolonieen sind oft sehr blass, oder der Kulturkern bleibt ungewöhnlich klein im Verhältniss zum gebildeten Loch in der Gelatine; die Kommas können ebenfalls ungewöhnlich klein oder missgestaltet sein ; dieselben werden aber in successiven Kulturen normal oder die Kultur stirbt ab, indem sich vor dem Absterben nur noch Kokken und keine Kommas mehr bilden.

Wenn die Bacillen wieder ein normales Aussehen bekommen, so werden auch die Wachsthumsverhältnisse die gewöhnlichen, mit der Ausnahme, dass in Gelatinestichkulturen die Luftblase sich hie und da weit in die Tiefe ausdehnt und länglich wird; eine Abweichung, die man in nachher normal werdenden Kulturen oft vom zweiten bis dritten Tag beobachtet, oder die auch als bleibende Wachsthumsdifferenz auftritt in 12 — 13 % Gelatine von 20 — 22° C.

Aus anderen alten Kulturen jedoch wuchsen keine Koch'schen, sondern andere Bacillen, die ich bis jetzt nicht beschrieben finde; es mag dies wohl kaum darauf beruhen, dass dieselben nicht auch etwa gelegentlich gewachsen wären, sondern eher auf der Gewohnheit, wenn man in einer Provette Bacillen findet, die man nicht hineingeimpft hat, dieses Faktum nicht durch Publikation weiter bekannt zu machen. Wenn ich dieses Mal von jener im allgemeinen gewiss sehr löblichen Gewohnheit Umgang nehme, so geschieht dies aus folgenden Gründen: Es waren monatelang sowohl Koch'sche Bacillen aus dem Anfang der Epidemie (1886) in Genua als auch aus Mitte und Ende stammend weitergezogen worden; es ereignete sich nun immerfort bis in die ersten Monate des Jahres 1887, dass sich in den Kulturen vom Ende der Epidemie (alle waren aus Plattenkulturen gewonnen) immer auch andere Bacillen vorfanden, die dann mittels Plattenkultur ausgeschieden wurden, bis bald keine Koch'schen mehr da waren. In den Kulturen aus der Mitte der Epidemie war dasselbe zu beobachten, nur in geringerem Maasse; gar nie aber kam dies vor bei Kulturen aus dem Anfange der Epidemie. Da ich zu den einen wie den anderen Kulturen dieselben Kulturmedien, dieselben Oefen, dieselben Lokale benutzte, so schien es mir immer unmöglicher, dass diese Bacillen Verunreinigungen repräsentiren; dazu kam, dass die neugebildeten Bacillen oft denjenigen, die ich in Diarrhöen während und nach der Epidemie fand, äusserst ähnlich sahen, d. h. ich war gezwungen, eine Transformation des Kommabacillus sowohl in künstlichen Kulturen als auch im menschlichen Darm mit annähernd gleichem Resultat anzunehmen.

Es ist zwar bekannt, dass Transformationen von Bacillen im allgemeinen nicht als Thatsachen aufgefasst werden und Beschreibungen solcher Vorgänge sogar von den Führern und Leitern der jetzigen herrschenden Richtung in der Bakteriologie stets von vornherein schon mit grossem Verdacht angesehen werden und immer die heftigste Opposi-

tion erregen. Trotz dieser Richtung der heutigen Bakteriologie habe ich mich entschlossen, wenn auch erst nach langer und genauer Prüfung, über diese Vorgänge zu publiziren, indem ich mich eben mehr auf die Ansicht derjenigen stütze, welche die Transformationen von Pflanzen studirt haben, die dieselben bei Klimawechsel erleiden und speziell von DARWIN in genauer und überzeugender Weise beobachtet und beschrieben worden sind, als auf die Resultate, welche ein so junger Zweig der medizinischen Wissenschaft, die Bakteriologie, hauptsächlich entweder kosmopolitisch oder nur im Menschen lebende Mikro-Organismen zum Studium wählend, bis jetzt zu Tage gefördert hat.

Um den Lesern die Möglichkeit zu geben, diese Bacillen auch von ihrem Standpunkte aus beurtheilen zu können, sollen dieselben nicht in allgemeiner Weise abgehandelt werden, sondern ich wähle eine bestimmte alte Kultur aus und beschreibe die an derselben beobachteten Vorgänge.

Aus einer Reinkultur von Cholerabacillen, die von einem Individuum stammte, das im Juni 1886 in Genua an *Cholera asiatica* gestorben war, wurde am 8. Juli eine Plattenkultur angelegt; dieselbe zeigte nur die bekannten Kolonieen der Kommabacillen und es diente eine davon, um sechs Provetten, welche mit verschiedenen Nährmedien gefüllt waren, zu infiziren. Aus einer dieser Kulturen, die noch nie geöffnet worden war, wurde im Dezember eine Plattenkultur gemacht und dieselbe enthielt nur unveränderte Kommabacillen; wurden sie aber in Fleischbrühe gebracht, die hundertmal mehr Wasser enthielt als die gewöhnliche, so entwickelten sie sich sehr schlecht und waren viel weniger gekrümmt; zwei Eigenschaften, welche sie sechs Monate früher nicht gezeigt hatten.

Den 21. März 1887 wurde zum ersten Mal eine andere jener sechs Kulturen geöffnet (normale Pepton-Fleischbrühe). Die Flüssigkeit war gelb, klar, der Bodensatz weisslich und enthielt Stückchen von Fäden (an welchen sich die Arthrosporen bilden), grosse runde Kugeln, wohl FERRAN's Oogone, und sehr viele runde kleine Körper (Arthrosporen); alle diese Formen färbten sich gut in Fuchsin; dabei waren noch sehr viel unregelmässige Körner und eigentlicher Detritus, welcher erst beim Kochen und dann noch schlecht sich färbte. Es wurde davon in Agar geimpft und eine Plattenkultur in 10 % Gelatine gemacht und in 21 bis 22 ° C. gestellt. Erst am dritten Tage war ein Wachsthum zu sehen und erst am vierten und fünften Tage waren die Kolonieen gut unterscheidbar.

Es wuchsen:

1. Oberflächlich blau-weisse oder milchweisse, die Gelatine nicht verflüssigende Kolonieen mit ziemlich starkem, in die Fläche ausgedehntem Wachsthum; der Rand war unregelmässig, aber genau begrenzt und stark gezahnt; sie enthielten Bacillen, die an den Enden leicht abgerundet waren, nicht von gleicher Länge, und einige wenige kokkenartige Körper; die Bacillen sind stark beweglich, färben sich sehr gut in Fuchsin und wachsen in Stichkulturen dem Typhusbacillus nicht unähnlich.

2. Sehr weisse runde Kolonieen mit ganz fein gezahntem Rand; dieselben erreichen eine ziemlich beträchtliche Dicke; nach fünf Tagen sind die an der Oberfläche gelegenen etwas in die Gelatine eingesunken, es tritt aber keine wirkliche Verflüssigung ein; sie zeigen leichte Fluorescenz (Roth-Violett). Bei schwacher Vergrösserung glei-

chen sie einer Muschelschale, braun im Centrum, golden weiter nach aussen und gelb am Rand; doch sieht man deutliche Granulationen von viel schwächerem Glanze als die Körnchen bei Koch'schen Kulturen. Der Inhalt bestand aus mittelgrossen Kokken ohne Eigenbewegung und aus kurzen geraden Bacillen, die etwas dicker waren als die unter 1. beschriebenen. In Agar zu 33° wuchsen diese Kolonieen als weisser Belag, der dicker war als beim Koch'schen Bacillus und nicht den charakteristischen Geruch verursachte; nach 14 Tagen hatte, nachdem etwa ein Fünftel der Oberfläche überwachsen war, die weitere Entwickelung aufgehört. Stets waren nur kleine Kokken ohne charakteristische Stellung und nie Bacillen in dieser Kultur zu finden gewesen. Aus ein und derselben Kolonie, aus welcher diese Impfung in Agar gemacht worden war, war an demselben Tage eine solche in Fleischbrühe ausgeführt worden. Am zweiten Tage war derselbe Befund zu notiren, dann aber wuchsen die Kokken rasch und hatten bereits am fünften fast die Grösse eines rothen Blutkörpers erreicht und waren dann von, von ihrem Stiel getrennten, Ferran'schen Oogonen nicht zu unterscheiden gewesen; am sechsten Tage zeigten einige doppelte Kontur und waren, wenn dieselben bei ganz schwacher Färbung, ohne sie vorher zu trocknen oder sie zu erwärmen, in Fleischbrühe betrachtet wurden, fein körnigen Inhalts; am siebenten Tage war eine dicke, schwach färbbare Membran deutlich zu erkennen, welche in einigen wenigen Exemplaren geplatzt war und einen grobkörnigen Inhalt hervortreten liess; es waren auch einige kleine freie Kokken zu sehen. Schon nach 24 Stunden waren die grossen Formen, die ich mit dem Namen „Kokkoforen" belege, nicht mehr zu sehen, sondern nur noch Kokken, die etwas grösser geworden waren. Auch diese ihrerseits wuchsen nur langsam und hatten nach vier Tagen bedeutend an Umfang zugenommen, doch kaum die Hälfte der Grösse eines Kokkofors erreicht; sie waren ohne granulösen Inhalt und ohne doppelte Kontur. Dann traten viel kleinere Kokken, zu vieren gelagert, wie der *Coccus tetragonus*, auf. Es ist also möglich, dass sich die grossen Kokken in je vier getheilt haben; sicher ist dies jedoch nicht, da nicht alle Kokken sich vergrössert hatten und die Grösse der Kokken in Tetragonusstellung derjenigen der kleinen Kokken entsprach. Weitere Veränderungen erfolgten nun nicht mehr und es wurde eine weitere Uebertragung dieser Kultur in Blutserum gemacht. Dort sah man schon nach 24 Stunden zwischen den Kokken kleine gerade Bacillen; nach vier Tagen bei Verflüssigung des Serums mehr Bacillen als Kokken; am sechsten Tage Ketten von Bacillen, dann Fäden, woran schliesslich einige Arthrosporen wuchsen, d. h. ein Vorgang, ähnlich demjenigen, den vor kurzer Zeit dem Darm entnommene normale Kommabacillen in sehr verdünnten Nährmedien zeigen (beschrieben in *Riforma medica, Napoli*, Settembre 1886). Doch ist zu bemerken, dass ich bei diesen Bacillen nie die Bildung von Spirillen beobachtet habe. Nach 15 Tagen waren nur noch kurze gerade Bacillen und ovale, sich schlecht färbende Körperchen vorhanden.

3. Zahlreiche weisse, die Gelatine verflüssigende Kolonieen. Am vierten Tage hatte der Kern die Form einer Rosette, bei schwacher Vergrösserung betrachtet, von gelb-goldener Farbe; die Ränder waren scharf und zeigten deutliche Körner von starkem Glanze, doch war derselbe weniger stark als bei normalen Kommabacillenkulturen. Das Wasser der Kolonieen war klar. Am fünften Tage zeigten viele Kolonien um den Kern herum eine grosse opake Zone, welche aus geraden und gekrümmten Bacillen gebildet war; dieselben waren noch

dicker als Finkler'sche Bacillen und oft unregelmässig gebogen. Der Kern der Kolonie bestand aus Kokkoforen, ein Verhältniss, das an vielen Kolonieen untersucht wurde. In Agar übertragen, wachsen viele Kokkoforen und wenig Bacillen am ersten Tage, die hie und da eine sichtliche Krümmung zeigen, am zweiten Tage kleine Kokken und gerade Bacillen, am dritten Tage dasselbe plus Fäden, am fünften und zehnten Tage nur gerade Bacillen und wenig kleine Kokken. Eine Impfung davon in Blutserum gemacht ergab Bacillen und zwar auf etwa 100 gerade einen deutlich gekrümmten.

Von einer anderen solchen Kolonie, welche jedoch bedeutend mehr verflüssigt hatte, aber sonst an Aussehen und Inhalt mit obiger identisch war, wurde in Fleischbrühe geimpft; darin entwickelten sich nur Kokkoforen, welche den sub 2. beschriebenen Entwickelungsgang ganz gleich durchmachten. Die Kokken, welche in Tetragonusposition waren, trennten sich noch und dann gab es wieder keine Veränderung mehr. In normaler Fleischbrühe und in Fleischbrühe 1 auf 10 Wasser geimpft, entwickelten sich in beiden Fläschchen am zweiten Tage die Bacillen und zwar zur Hälfte gerade und schwachgekrümmte und zur Hälfte gutgekrümmte, etwas dickere wie Finkler'sche Bacillen. Nach 15 Tagen war kaum eine Aenderung zu bemerken. In Gelatine verpflanzt, behielten diese Bacillen ihre Form, bildeten eine Luftblase, doch nicht gleich wie die Koch'schen Bacillen, und überdies war noch nach acht Tagen gar keine Verflüssigung im Impfstich, der weiss aussah, unterhalb der am Grunde eine trübe Flüssigkeit enthaltenden Luftblase eingetreten. Der Geruch entspricht weder demjenigen des Koch'schen noch des Finkler'schen Bacillus. Aus dieser Kultur in Blutserum verpflanzte Bacillen ergaben nicht gleich Bacillen, sondern durchliefen die ganze Reihe vom Kokkus zum Kokkofor bis zu obigem Bacillus.

Von derselben Kultur, aus welcher die Gelatinekultur gemacht worden, wurde am 15. April eine Plattenkultur angelegt. Nach 24 Stunden zeigten sich schon Kolonieen, welche alle weiss aussahen; die an der Oberfläche gelegenen waren bei schwacher Vergrösserung dunkelbraun, fast undurchsichtig, rund mit scharfem Rand und deutlich über die Oberfläche emporragend; nach 30 Stunden hatten die meisten angefangen die Gelatine zu verflüssigen, und zwar nach Ausbrechen des schon verflüssigten Centrums der Kolonieen, wie man dies auch bei Cholerakulturen, die schon einige Zeit künstlich kultivirt sind, sehen kann. Es waren noch vier Kolonieen auf der Platte (Oberfläche), welche noch nicht verflüssigt hatten und aus bekannten Bacillen und wenig Kokken bestanden; die verflüssigenden Kolonieen waren gleich denen der sub 3. beschriebenen Plattenkultur vom 21. März, nur etwas dunkler und etwas weniger rasch verflüssigend; sie enthielten dieselben Bacillen und viele Kokken; andere Kolonieen waren keine auf der Platte.

Es wurde nun von einer der noch nicht verflüssigenden Kolonieen und von einer, die stark verflüssigt hatte, in Fleischbrühe und Gelatine übergeimpft. Nach 48 Stunden hatten alle Kolonieen auf der Platte verflüssigt. In der Fleischbrühe bildeten sich von beiden Kolonieen die beschriebenen Bacillen und wurden am vierten Tage zu Kokken. In der Gelatine hielten sich die Bacillen und wuchsen makroskopisch in der oben beschriebenen Weise.

Aus Obigem erhellt, dass die sub 3. beschriebenen Bacillen und speziell die aus der zweiten mehr verflüssigten Kolonie entnommenen,

nachdem dieselben während 25 Tagen verschiedene Flüssigkeiten passirt und den Kokkoforenzyklus ganz durchlaufen hatten, nach dieser Zeit auf der Plattenkultur in reiner Kultur wieder erschienen waren. Obgleich zur Weiterpflanzung die am meisten verflüssigende Kolonie gewählt worden war, war doch auf der Platte am 15. April die Tendenz zur Verflüssigung eine geringere und es waren sogar vier Kolonieen da, die erst lange nach den anderen Verflüssigung zeigten ; dennoch war der Inhalt beider Varietäten für mikroskopische Betrachtung fast identisch. Diese Bacillen haben pathogene Eigenschaften und können auch in geringeren Mengen, als dies bei dem Emmerich'schen Bacillus der Fall zu sein scheint, ohne irgend welche Vorbereitung des Thieres ins Peritoneum des Meerschweinchens injizirt, in zwei bis sechs Tagen unter starker Temperaturabnahme und heftiger Diarrhöe den Tod durch Gastroenteritis ohne Peritonitis hervorrufen. Näheres hierüber wird erst dann mit Sicherheit beschrieben werden können, wenn die Zahl der Versuche eine genügende sein wird.

Auf ähnliche Art und mit ähnlichem Erfolg wurden verschiedene andere alte Kulturen untersucht. Es scheint, als ob flüssige Nährmedien und Luftzutritt die Transformation begünstigen (Fleischbrühenkulturen mit Watte verschlossen); feste Nährmedien (Agarkulturen) und Luftabschluss (Kulturen in Kapillarröhren eingeschmolzen) dieselbe verlangsamten. Ausser in alten Kulturen wurde diese Transformation in mehr als 100 weitgezüchteten Kulturen, von mehr als 20 verschiedenen Kranken stammend, genauer verfolgt ; dieselbe geht dann mehr allmählich, aber, wenn einmal begonnen, unaufhaltsam weiter.

Wenn ich obige Experimente und andere noch nicht publizirte zusammenfasse, so lässt sich bis jetzt in allgemeiner Weise Folgendes mit Sicherheit behaupten: Der Koch'sche Cholerabacillus der Epidemie in Genua des Jahres 1886 hat die Tendenz, sowohl im menschlichen Darm als in künstlichen Kulturen sich in einen geraden Bacillus zu verwandeln; es geschieht dies, indem er durch sehr viele, sich nie längere Zeit gleichbleibende Zwischenformen passirt. Der Bacillus wird langsam dicker und weniger gekrümmt, die Kraft der Eigenbewegung nimmt zu. Die Gelatine wird im Anfang in Stichkulturen nach allen Richtungen stärker verflüssigt und so das Finkler'sche Stadium rasch passirt. Wenn dann die Verflüssigung noch stärker wird, so kann der Bacillus die Kulturmedien grün färben und dieselben ergeben einen Geruch, welcher demjenigen des Bonner Finkler'schen Bacillus in der Art gleich ist, denselben aber an Intensität übertrifft. Vergeht dann die grüne Färbung wieder, so verliert der Bacillus auch die Eigenschaft, die Gelatine unter der Luftblase im Impfstich zu verflüssigen und es kommt zu der sub 3. beschriebenen Form. Später sinken die Kolonieen auf Plattenkulturen nur noch ein, oder aber es kommt zu Erscheinungen, wie sie Hauser für seine Proteusarten beschrieben hat. Schliesslich kommt es zu dem sub 1. beschriebenen, die Gelatine gar nicht mehr verflüssigenden, ähnlich wie der Typhus- oder Emmerich'sche Bacillus. Diese Bacillen geben nicht die Cholerareaktion mit Salpetersäure, sondern eine grünlich-gelbe Farbe.

Dies ist der allgemeine Gang; einige Stadien kommen hie und da nicht zur Anschauung. Ob dies ein wirkliches Uebersprungen derselben vorstellt, oder aber auf zu seltener Beobachtung oder Ueberpflanzung der Kulturen beruht, kann ich nicht entscheiden. Doch grosse Sprünge kommen bei fortgesetzten Kulturen nie vor. So habe ich z. B. gar nicht beobachtet, dass der Koch'sche Bacillus in einigen Wochen in Ba-

cillus 3. überging, ebensowenig von diesem einen raschen Uebergang in den ganz geraden Bacillus, der nicht verflüssigt und starkes Oberwachsthum besitzt.

Alle diese Bacillen haben bis jetzt nie endogene Sporen gebildet, obschon ihre Widerstandskraft gegen die des Koch'schen bedeutend zugenommen hat. Arthrosporen wurden öfter beobachtet, nie beim nicht verflüssigenden Bacillus; dieser scheint ovale Körper zu bilden, welche die Anilinfarben schlecht annehmen; doch in welcher Weise diese Bildung vor sich geht, ist mir noch nicht genau bekannt.

Schliesslich verdient Erwähnung, dass Prof. Schrön in Neapel ähnliche, vielleicht mit meinen Kokkoforen identische Kapseln beschrieben hat.* Dieselben fanden sich in der Darmmukosa von Choleraleichen, zusammen mit einem an Zahl alle anderen dort befindlichen weit übertreffenden Bacillus. Derselbe ist meines Wissens nicht genauer beschrieben worden, es waren aber gekrümmte und gerade Exemplare vorhanden; möglicherweise ist es der von mir sub 3. beschriebene oder eine ähnliche Varietät des Kommabacillus.

Was meinen aus alten Kulturen stammenden geraden Bacillus anbelangt, so kann ich denselben einstweilen mit keinem der von anderen Autoren beschriebenen identifiziren; am meisten entspricht er in Form und Wachsthum den Beschreibungen des Emmerich'schen Bacillus; jedoch ist schon dieser, wie bekannt, recht schwer von gewissen anderen Bacillen zu unterscheiden, und darum halte ich es für gewagt, eine Identität anzuerkennen, bevor sich die Gelegenheit geboten hat, beide Bacillen in identischen Verhältnissen neben einander kultiviren zu können. Bis jetzt hat sich mein gerader Bacillus identisch gezeigt mit einem in Diarrhöen während und nach Cholera häufig vorkommenden Bacillus.

REFERATE.

Prof. T. Seegen (Wien). — Ueber Zucker im Blut, mit Rücksicht auf Ernährung. — *Pflüger's Archiv*, 39. Bd., II. u. III. H.

Seitdem Seegen Karlsbad verlassen, arbeitet er mit verdoppeltem Eifer und verdanken wir ihm höchst schätzenswerthe Aufschlüsse. Die diesmal veröffentlichten Versuche schliessen sich seinen früheren an und hatte S. wieder an Hunden nach einer bestimmten, 7 Tage oder länger dauernden Ernährung Blut aus der Karotis, der Pfortader und den Lebervenen entnommen und den Zuckergehalt desselben bestimmt. Nach ausschliesslicher Fütterung mit Fleisch betrug im Mittel von 8 Versuchen der Zuckergehalt des Karotisblutes 0,155 Proz., des Pfortaderblutes 0,141, des Lebervenenblutes 0,281 Proz., also doppelt so viel als der des Pfortaderblutes. Auch nach Fütterung mit Fett war der Zuckergehalt des Lebervenenblutes höher; derselbe betrug ebenfalls bei 8 Versuchen im Mittel 0,217 Proz., gegen 0,128 in der Carotis und 0,114 Proz. in der Pfortader. Dabei enthielt die Leber beträchtliche Mengen von Fett (zwischen 10,9 and 26 Proz.), und auch der Zuckergehalt der Leber war auf's Doppelte gestiegen (1 Proz.), da dieser nach Seegen im Mittel bloss 0,5 Proz. beträgt. Nach ihm beträgt

* Naturforscher-Kongress in Berlin 1886, und *Riforma Medica Napoli* Dezember 1886.

die Zuckermenge, welche bei einem Hund von 10 — 12 Kilo Körpergewicht bei Fettfütterung in den Kreislauf gebracht wird, 200 Gr. pro Tag. Nach der durch die Ausscheidung des Stickstoffes festgestellten Zersetzung des Eiweisses im Körper hätte der gesammte Kohlenstoff des Eiweisses, zur Zuckerbildung verwendet, jedoch nur 130 Gr. Zucker liefern können. Also kann diese Quantität von 200 Gr. nicht aus den Kohlehydraten des Körpers stammen ; da auch die Fleischzersetzung hierzu bei weitem nicht ausreicht, so muss der Zucker aus dem mit der Nahrung zugeführten Fett stammen, aus welchem die Leber Zucker bildet. Aus diesem leitet S. auch den Zuckergehalt des Lebervenenblutes ab, der sich beim hungernden Thiere regelmässig findet.

Das Lebervenenblut wurde fast immer durch direkten Einstich in eine Lebervene bei Abklemmung der *Vena cava* gewonnen. Seine früheren Versuche hatten ebenfalls sehr wichtige Ergebnisse geliefert.

1. Die Hungerversuche lehrten, dass die Zuckerbildung in der Leber während einer langen Hungerperiode und nahezu bis zum Inanitionstode fortdauert, dass also der mit dem Lebervenenblut aus der Leber ausgeführte Zucker nicht von aussen stammt, sondern in der Leber selbst aus Organ- oder Blutbestandtheilen gebildet wird.

2. Die Stärkefütterung lehrte, dass der von aussen eingeführte Zucker an der Zuckerbildung in der Leber gänzlich unbetheiligt ist.

3. Bei der Fettfütterung ergab sich als wichtigstes Resultat, dass ebenso wie bei Fleischfütterung und Kohlehydratfütterung: das aus der Leber strömende Blut (Lebervenenblut) nahezu doppelt so viel Zucker enthält als das in die Leber eintretende (Pfortaderblut).

4. Ergab sich, dass das Leberglykogen an der Zuckerbildung in der Leber unbetheiligt ist, da Zucker noch weiter ausgeschieden wurde, trotzdem das Glykogen schon auf ein Minimum gesunken war oder, wie bei Fettfütterung, nahezu gar kein Glykogen gebildet wird.

Prof. Litten. — Beiträge zur Aetiologie der Chorea. — *Charité-Annal. a. Med.-Chir. Rdsch.*, 1887, H. 2.

Unter die selteneren Ursachen der Chorea sind zu rechnen die Läsionen peripherer Nerven. Es werden zwei einschlägige Fälle geschildert. Gemüthsaffekte, namentlich Schreck, stellen unter den von Litten beobachteten Fällen ein nicht unbeträchtliches Kontingent zur Aetiologie der Chorea; doch muss bei Verwerthung dieser psychischen Affekte mit besonderer Vorsicht verfahren werden, da es sich bei einem Theil dieser Kranken unzweifelhaft um Komplikation mit Hysterie handelt. Materielle Veränderungen theils uni- theils multilokulärer Art im Gehirn wurden in zwei lethal verlaufenden Fällen gefunden; in dem einen derselben bestand gleichzeitig ein bedeutendes meningeales Exsudat. Von grossem Interesse ist ein ausführlich mitgetheilter Fall, in welchem eine Chorea beobachtet wurde, bedingt durch Wirbelkaries mit Erweichung des Halsmarkes bei Lungentuberkulose. Den grössten Theil der Arbeit nimmt die Besprechung der Frage ein von dem Zusammenhang der Chorea mit akuten Infektionskrankheiten, in Besonderheit der *Rheumarthritis acuta*. In den Fällen, in denen bei Scharlach, Intermittens, Gonorrhöe und Septicämie Chorea auftrat, handelte es sich stets um Komplikation mit Synovitis. Es traten die choreatischen

Zuckungen niemals im Anschluss oder nach Ablauf der Grundkrankheit auf, auch niemals vor Eintritt der Gelenkentzündungen, sondern ausnahmslos zu einer Zeit, in welcher die ursprüngliche Krankheit geheilt war und die Gelenksaffektionen in vollster Entwicklung standen, so dass in der Synovitis das vermittelnde Glied zwischen Infektionskrankheit und Chorea zu sehen ist. Dass Chorea im Verlaufe von *Morbus Basedowii* und von perniciöser Anämie beobachtet werden kann, das beweisen mehrere mitgetheilte Krankengeschichten. In Betreff der Frage des Zusammenhanges von akutem Gelenkrheumatismus und der Chorea, sind die 48 Fälle von Litten deshalb von besonderem Werthe, weil sie ausschliesslich Erwachsene betreffen.

Unter diesen 48 Fällen entfallen 70 Proz. auf's weibliche Geschlecht, kamen 16 zum lethalen Ausgang und fanden sich über ein Drittel, welche schon in der Kindheit oder beim Eintritt der Pubertät Chorea überstanden hatten; nach kürzerer oder längerer Pause traten Rezidive auf; und zwar sehr häufig in Verbindung mit oder nach unmittelbar vorangegangenem Gelenkrheumatismus. In 20 Fällen konnten der Chorea unmittelbar vorangegangene akute rheumatische Gelenkaffektionen oder ganz bestimmte sehr heftige Erkältung nachgewiesen werden. Auch in den übrigen Fällen waren dem Ausbruch der Chorea rheumatische Affektionen vorausgegangen, und zwar fällt das Auftreten der Chorea in die Zeit zwischen 4. bis 14. Tag nach Beginn des akuten Gelenkrheumatismus. Von besonderem Interesse sind 2 Fälle von rheumatischer Spinalparalyse, in deren Verlauf Chorea auftrat. Aus solchen Beobachtungen zieht Litten den Schluss, dass der akute Gelenkrheumatismus neben den psychischen Affekten für die wichtigste und am sichersten begründete ätiologische Ursache dieser Neurose anzusehen sei. Ganz besonders spricht noch hierfür, dass wiederholt in rezidivirenden Fällen von akutem Gelenkrheumatismus jedem einzelnen Rezidiv eine Attake von Chorea nachfolgt.

Prof. J. Seegen (Wien). — Ueber die Fähigkeit der Leber, Zucker aus Fett zu bilden. — *Pflüger's Arch.;* 39. Band, 2. u. 3. Heft.

Die aus S.'s Ernährungsversuchen gewonnenen Thatsachen stellen es unzweifelhaft fest, dass die Leber aus Fett Zucker bildet, doch schien es ihm interessant, ob diese Umbildung durch die Kraft der Leberzellen nachgewiesen werden könne. Zu diesem Zwecke wurde dem Hunde 200—300 ccm. Karotisblut entzogen, dasselbe geschlagen und kolirt, das Thier durch einen Herzstich getödtet, die Leber herausgenommen und je 40—50 g. Leberstücke sehr fein geschnitten. Diese wurden fünf bis sechs Stunden bei Körpertemperatur mit dem Karotisblut digerirt unter Zusatz einer Oel-Emulsion (vegetabilisches Fett mit Gummi und Wasser); deshalb setzte er im Kontrolversuche die gleiche Menge Gummi der Leber und dem Blute zu, da es denkbar war, dass auch das Gummi der Pflanzen-Emulsion auf die Zuckerbildung einen Einfluss übt. Die Flaschen wurden mit dem Aspirator verbunden und durch fünf bis sechs Stunden Luft durchgesaugt; der durch den Aspirator unterhaltene Luftstrom sorgte für die Arterialisation des Blutes. In einigen Versuchen benutzte er eine Emulsion aus Mohnsamen (*Sem. Pap. alb.*), da dieselbe nahezu nicht reduzirte; sonst sind die meisten Oelsamen reich an Zucker und an Kohlehydraten; ebenso reduzirt die *Tinct. Quillaja.* Diesmal bestimmte S. nicht den Zucker in dem alkoholischen Extrakte des Decocts, sondern er erwärmte das der Flasche

entnommene Gemisch von Leber, Blut und event. Fett (im Kontrollversuche fehlte das Fett) in dem Kochgefässe und fällte, wie bei der Behandlung des Blutes für Zuckerbestimmungen, die Eiweisskörper durch Eisenchlorid und essigs. Natron. Regelmässig erwies sich der Zuckergehalt der mit Fett digerirten Leber höher, und zwar betrug die absolute Zunahme in zehn Einzelversuchen 0,3—1,4 Proz.; die relative Zunahme, bezogen auf den ursprünglichen Zuckergehalt im Mittel: 47,5 Prozent. In zwei Fällen (8 u. 9) wurde die Zunahme auch durch die Gährungsprobe (sonst durch Titriren mit Fehling'scher Lösung) festgestellt.

Die Versuche mit Glycerin, Seife und Fettsäuren ergaben dasselbe Resultat; die ersteren zwei beträchtliches Zuckerplus (16—61 Proz., resp. 28—92 Proz.), die Fettsäuren weniger sicher (8—33 Proz). Bei diesen Versuchen wurde auch das Verhältniss der Gesammtkohlehydrate zu dem des Kontrollstückes bestimmt und ausnahmslos in der mit Fettbestandtheilen behandelten Leber höher gefunden, d. h. dass nebst dem Zucker auch andere Kohlehydrate und speziell Dextrin gebildet werden aus Fett. — Wie diese Umwandlung zu Stande kommt, ist vorläufig unbekannt. Es muss jedenfalls noch eine beträchtliche Menge Sauerstoff hinzutreten, wenn auch nur einem grösseren Bruchtheile des im Fette enthaltenen Kohlenstoff entsprechend, Zucker entstehen soll.

Sehr interessant ist, dass die Zucker- und Kohlehydratbildung aus Fett als ein normaler Prozess im Entwickelungsleben vieler Pflanzen längst gekannt ist, da bei der Keimung fetthaltiger Samen auf Kosten des Fettes Stärke und Zucker gebildet wird, wobei Sauerstoffresorption erforderlich ist. Die Leber scheint das grosse Laboratorium zu sein, in welchem die Nahrungsmittel für die Zwecke des Lebens, für Arbeitsleistung und Wärmebildung umgewandelt werden, und dieser Prozess geschieht durch die Zuckerbildung. — Wird noch die bisherige Vermuthung festgestellt, dass aus Leberglycogen Fett wird, so wird die Wirkungssphäre der Leber noch eine grössere Bedeutung erfahren. Direkt bildet sich nicht Zucker aus Glycogen, doch ist es möglich, dass das aus den Kohlehydraten in der Leber gebildete Glycogen in Fett und sodann in Zucker umgewandelt wird.

Durch Seegen's Untersuchungen erhöht sich auch der Werth des Fettes als Nahrungsmittel, da bloss 52 g. Fett 100 g. Zucker bilden, während zur Erreichung derselben Quantität Zucker 300 g. Fleisch erforderlich wären, und daraus ergiebt sich die grosse Bedeutung dieses Prozesses für die gesammten Ernährungsvorgänge. (S. scheint sich eine ganze Umwälzung in der Diätetik von seinen Untersuchungen zu versprechen, vergisst aber, dass er nur die wissenschaftliche Begründung eines alten Erfahrungssatzes erbrachte, da es ja längst bekannt ist, dass Fettnahrung viel intensiver sättigt, auch das Durstgefühl besser mildert als jede andere Nahrung, weshalb wir ja den Diabetikern stets reichliche Fettnahrung empfehlen, wie dies ja Seegen selbst weiss, da er bis vor drei Jahren Arzt in Karlsbad gewesen. Ref.)

Henoch. — Ueber zwei Fälle von Purpura fulminans — *Berl. Med. Ges. u. Münch. M. Woch.*, 1886, No. 51.

Der erste Fall betrifft einen 5jährigen Knaben, bei dem Purpurflecke einen Tag nach der Krise einer Pneumonie auftraten. Die Flecke waren sehr empfindlich, sehr bald konfundirt; ganze Partieen waren blauschwarz. Temperatur etwas erhöht. Tags darauf trat der Tod

unter Kollaps ein. Der zweite Fall betrifft ein 2½jähriges Mädchen, bei dem angeblich Scharlach vorausgegangen sein soll. Es bekam markstückgrosse Extravasate, die allmälig konfundirten. Grosse Strecken des Armes waren blauroth bis schwarz gefärbt und geschwollen ; es fehlte aber der Brandgeruch. Puls und Respiration normal. Bald darauf Kollaps und Tod. Die Autopsie ergab in beiden Fällen keine Erklärung. Ein ähnlicher dritter Fall ist dem Redner aus Brüssel berichtet worden. Hier erfolgte der Tod in einem eklamptischen Anfall. Hier wurde Anämie sämmtlicher Organe bei der Autopsie konstatirt.

Hieran schliesst sich eine vierte Beobachtung von Dr. Michaelis. Es handelt sich um einen stark rhachitischen 9 Monate alten Knaben, der an eklamptischen Anfällen litt. Lunge und Herz nicht abnorm. Massenhaft rothe, nicht eindrückbare Flecke, schneller Tod. Die Purpura bildet nach Henoch's Ansicht keine Krankheitseinheit, sondern eine hämorrhagische Diathese, die unter verschiedenen Verhältnissen entstehen kann; die anatomischen Verhältnisse sind noch unklar; obwohl mikroskopische Veränderungen in den Arterien bei Purpura nachgewiesen sind, so hat das keine Beweiskraft, weil durch die Untersuchung seit Fischl nachgewiesen ist, dass auch die Arterien im ersten Kindesalter bei übrigens ganz normalen Zuständen ohne hämorrhagische Diathese endarteritische Veränderungen darboten. Die Thatsache, dass sein erster Fall bei Pneumonie, sein zweiter angeblich nach Scharlach auftrat, legen die Vermuthung nahe, dass diese Erkrankung als eine Folge der Infektionskrankheiten aufzufassen sei. Allein der Fall aus Belgien spricht dagegen, und ausserdem hat er die nach Variola auftretende Purpura stets gut verlaufen sehen. In der darauffolgenden Diskussion führt Baginsky einen ähnlichen Fall an und stellt die Ver-Vermuthung auf, dass zwischen der Krankheit und den Zymosen Beziehungen bestehen. Er erinnert sich, bei einer schweren Scharlachepidemie den ersten Fall als einen petechialen haben verlaufen zu sehen. Der Patient ging nach 2½ Tagen zu Grunde. Senator erinnert sich eines Falles, der genau der Beschreibung von Henoch entspricht und nach Diphtheritis auftrat. Er glaubt desshalb annehmen zu dürfen, dass die akuten Infektionskrankheiten eine Prädisposition für die Entstehung der Purpura setzen.

Dr. Lewin (Belgard, Pommern). — Die Kussmaul'sche Magenausspülung bei Peritonitis. — *Berl. kl. W.;* 1886, No. 44.

L. hat die Magenausspülungen nach dem Vorgange Senator's bei Peritonitis, und zwar in zwei Fällen bei eingeklemmten Brüchen mit Erfolg angewendet.

Der erste Fall betrifft einen Mann, der am 10. November 1885 wegen eingeklemmten Leistenbruches operirt, am 14. Nov. eine akute Peritonitis bekam, ausgehend von der rechten Ileo-coecalgegend, mit einem Meteorismus, der sich über den ganzen Unterleib verbreitete. Bis zum 17. war keine Besserung eingetreten, die Spannung des Abdomens war unerträglich geworden, auch grosse Opiumdosen wirkten nicht mehr und deshalb wurde Nachts 1 Uhr die erste Magenausspülung vorgenommen; ihr folgten dreimal täglich, vom 19. bis 21. Nov., wiederum Ausspülungen; am 24. war der Meteorismus fast geschwunden; am 25. folgte der erste Stuhlgang seit dem 5. November.

Der zweite Fall betrifft eine 50 Jahre alte Frau, welche am 24. Dez. Schmerz in der rechten Inguinalgegend verspürte; am 29. wurde die

eingeklemmte Inguinalhernie operirt, deren Heilung *per primam* in fünf Tagen erfolgte. Am 6. Januar entwickelte sich Peritonitis, Meteorismus; deshalb wurde vom 7. an täglich eine Magenausspülung mit darauffolgender Gabe von *Tct. Opii. gutt.* 30—40 gegeben. Vom 10. Jan. an trat mit Abnahme der Härte des Unterleibes Heilung der Peritonitis ein. „Durch die Ausspülung entfernt man die sich immer wieder von Neuem ansammelnden, grasgrünen Massen, die beim Erbrechen, wenn vorhanden, nie vollständig entleert werden und die Opiumdarreichung illusorisch machen."

W. S. Playfair. — Note on ankle-clonus as a symptom in certain forms of nervous disease. — *Lancet u. Cbl. f. M. W.*, 1887, No. 4.

P. betont gegenüber Gowers, dass das Vorhandensein des Fussklonus keineswegs immer auf ein organisches Spinalleiden hindeute und damit als ein prognostisch absolut ungünstiges Symptom aufzufassen sei; er hat dasselbe in vielen Fällen von hysterischen Lähmungen gesehen, wo bei geeigneter Behandlung mit dem Schwinden der übrigen Krankheitserscheinungen auch der Fussklonus sich verlor.

James Duncan. — Case of scirrhus of abdominal organs in a young child. — *Edinb. Med. Journ. u. Centralbl. f. d. med. Wiss.*; 1887, No. 4.

Ausser dem jugendlichen Alter ist der rasche Verlauf bemerkenswerth. Die ersten Symptome bestanden in auffallender Verdriesslichkeit des stets gesunden Knaben und Volumszunahme des Unterleibes. Vom Auftreten dieser Erscheinungen bis zum Tode waren wenig mehr als vier Wochen verflossen. Bei der Sektion fanden sich eine Anzahl harter Knoten von verschiedener Grösse in der Bauchwand, dem Dünndarm, der Leber, beiden Nieren und dem Sternum. Der umfangreiche Tumor, etwa von Apfelsinengrösse, hatte in dem Bindegewebe hinter der rechten Niere seinen Sitz, der nächstgrösste war der in Dünndarm. Verf. vermuthet an einem dieser beiden Orte den primären Herd. (Und die Ursache? Duncan scheint dieser Frage nicht näher gerückt zu sein, obwohl diese mit die interessanteste Seite des Falles ist. Wie wurde das Kind aufgezogen? Wer nährte es? Ref. will nur auf die Uebertragbarkeit der Tuberkulose durch die Milch von perlsüchtigen Kühen hinweisen, um zu zeigen, wie wichtig gerade diese Frage erscheint.) Die Tumoren zeigten mikroskopisch alle Charaktere des Skirrhus.

Gastrovaginalfistel. — Seven cases of Congenital and one of Traumatic stenosis or Atresia of the Female Genital Canal. By James R. Chadwick (*Boston Med. and Surg. J.*, 1886, No. 22).

Unter den interessanten Schilderungen von sieben Fällen von Atresie der Genitalien finden wir den fünften Fall als besonders hervorhebenswerth. Bei demselben war die Vagina als enger Kanal vorhanden, der Uterus normal. Ch. machte permanente Ausdehnung der Vagina. Als er im Verlaufe der Behandlung zur Entleerung eines Bauchhöhlenabszesses mittelst Troikars, von der künstlich dilatirten Vagina aus, schritt, wurde dabei auch der dilatirte Magen mit punktirt, so dass eine *Gastro-vaginal-Fistel* entstand. Diese wurde geheilt, doch starb Pat. später an Morbus Brightii. Sektion wurde leider nicht gestattet. Es ist dies das erste Mal in der Geschichte der Medizin, dass, obwohl vorübergehend, eine Gastrovaginalfistel zur Beobachtung kam.

Dr. E. Schütz (Prag). — Ueber die Einwirkung von Arzneistoffen auf die Magenbewegungen. — *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, 21. Bd., 1886.

S. bediente sich solcher Arzneimittel, welche erfahrungsgemäss die Peristaltik des Darmkanals beeinflussen, andererseits solcher, von denen ein Einfluss auf andere mit unwillkürlicher Bewegung ausgestattete Organe (Herz, Iris) konstatirt ist. Die Mittel wurden Hunden grösstentheils intravenös zugebracht, Aether und Chloroform in Dampfform. Die angewendeten Stoffe beeinflussten direkt die Nerven und Muskelelemente des Magens: den Auerbach'schen Plexus, die Nervenendigungen in der Muskulatur und diese selbst. Es wurden also beurtheilt: die spontane Bewegung des Magens, das Verhalten des „Dehnungsreflexes" d. h. das Auftreten von Bewegungen am isolirten Magen nach gleichmässiger Dehnung seiner Wandungen durch Einblasen von Luft mittelst einer in den Oesophagus eingeführten Kanüle, und endlich das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit. Das Ergebniss seiner zahlreichen Experimente ist folgendes:

1. Erregend auf die automatischen Centren (derart, dass die spontanen Bewegungen lebhafter wurden und atypischen Charakter annahmen) wirkten in ausgesprochener Weise: Emetin, Brechweinstein, Apomorphin, weniger ausgesprochen Strychnin, Coffeïn, Veratrin, Chlorbaryum, dann Nicotin und Pilocarpin in kleinen Dosen.

2. Erregend auf die Nervenendigungen, so dass allgemeine Kontraktion des Magens auftrat, wirkte Muscarin.

3. Eine Erhöhung der Erregbarkeit der Muskulatur, derart, dass schliesslich allgemein dauernde Kontraktion des Magens eintrat, veranlassten: Physostogmin, Digitalin, Scillaïn, Helleboreïn.

4. Lähmend auf die automatischen Centren, so dass die Bewegungen, und zwar nur aus diesem Grunde, ganz ausblieben — wirkte keine der in Anwendung gezogenen Substanzen. Wohl aber wurde eine Abschwächung der Bewegungen beobachtet nach Vergiftung mit: Chloral, Urethan, Morphin, pyrophosphorsaurem Zink und Arsen, sodann nach grossen Dosen von Nicotin und Pilocarpin.

5. Lähmung der Nervenendigungen kam durch Atropin zu Stande. Aether- und Chloroformdämpfe hoben die Erregbarkeit des gesammten Nervenapparates des Magens auf, doch nur für die Dauer ihrer Einwirkung. Ein Einfluss der gewöhnlichen Inhalationsnarkose auf die Magenbewegungen war nicht ersichtlich.

Doc. Dr. W. Jaworski (Krakau). — Ueber Peptonernährung und Zubereitung einer Peptonsuppe in der ärztlichen Hauspraxis. — *D. m. Woch.*, 1886, No. 50. —

Das Rezept, nach welchem J. zur Peptonernährung, statt der Präparate des Handels, im Hause eine Peptonsuppe anfertigen lässt, ist folgendes. Jeden Tag wird Abends ein knochen-, sehnen- und fettfreies Stück Ochsenfleisch, am besten vom Kreuz, oder Kalbfleisch vom Schlägel, mit einem stumpfen Messer geschabt, bis die Quantität des geschabten Fleisches 500 Gramm beträgt, zu welchem Zwecke mindestens ein Kilogramm Fleisch genommen werden muss. Das geschabte Fleisch wird in einen irdenen oder porzellanenen Topf, jedoch nicht in einen solchen von Metall, gegeben, darauf 1 Liter Wasser, am besten

Schnee- oder Regenwasser, gegossen, und mit einem Holzlöffel vermischt. Zu dem Gemisch wird mit der aus folgendem Rezept:

R. *Acid. hydrochloric. diluti pur.* 40,0—50,0,

gefüllten Flasche die ganze Flüssigkeit unter stetem Vermischen geleert, und noch ein Pulver nach folgendem Rezept:

R. *Pepsini germanici solubilis* 0,25—0,5,

zugesetzt und diese Masse gut verrührt; der Topf wird nun die ganze Nacht hindurch neben oder auf dem warmen Küchenofen stehen gelassen, der jedoch bei der Berührung mit der Hand nicht heiss sein darf, und von Zeit zu Zeit gemiseht. Am Morgen wird die Masse unter öfterem Umrühren bei mässiger Hitze so lange gekocht bis dieselbe zu einem homogenen Brei aufgeht, wozu 1—2 Stunden nöthig sind. Hierauf wird das etwa aufschwimmende Fett abgeschöpft und, falls noch einige Stücke oder Fasern in der Masse zu finden wären, durch ein Sieb durchgeseiht, wobei die dicke Masse nöthigenfalls mit heissem Wasser auf dem Seiher verdünnt werden muss. Der dünne Brei wird nun unter Umrühren so lange nach und nach mit der Sodalösung aus der nach dem folgenden Rezept:

R. *Natri. carbonici* 10,0, *Aq. destill.* 100,0,

gefüllten Flasche versetzt, bis der saure Geschmack auf das schwach Säuerliche abgestumpft ist. Zu dieser Suppe lassen sich nun Geschmackskorrigentien hinzusetzen: Zucker, Wein, Cognac, Rum u. A. Fettfrei Bratenjus empfiehlt sich in der Quantität von $\frac{1}{8}$ Liter gleichfalls zur Verbesserung des Geschmackes, oder 1—2 Löffel Mehl, welches mit frischer Butter geröstet ist. Statt des Rind- oder Kalbfleisches lässt sich auch gut ein Huhn verwenden; die Quantität von 500 Gramm Fleisch, wie sie in der vorstehenden Gebrauchsanweisung angenommen worden ist, reicht für gewöhnlich für die tägliche Ernährung des Kranken aus. Für den Fall, dass die Peptonsuppe als Klysma applizirt werden muss, darf man nur die Hälfte der oben angegebenen Quantität Salzsäure anwenden und muss auch die Neutralisation vollständig vornehmen. Auch ist es zweckmässig, für das Klystier die Suppe von Kalbfleisch herstellen zu lassen. J. hat die Wirksamkeit dieser Peptonsuppe in eigener Praxis erprobt und empfiehlt sie als leicht und bequem darzustellen.

Dr. Kleefeld (Görlitz). — Ueber die Heilwirkung des Salols. — *Berl. kl. Woch.*, 1887, No. 4.

K. wendete dies neue Mittel (40 Proz. Karbolsäure, 60 Proz. Salizylsäure) in sehr zahlreichen Fällen mit sehr zufriedenstellendem Resultate an. Nach ihm steht das Salol als Antipyrin und als Spezifikum gegen *Polyarthritis rheumatica* und verschiedene Formen von Neuralgie dem Antipyrin und Natr. salicyl. mindestens gleich, hat aber folgende Vorzüge:

1. Es bringt niemals lästige Nebenwirkungen hervor, als Kollaps, Erbrechen etc.; Ohrensausen nur sehr selten und in geringem Grade.
2. Es ist geschmack- und geruchlos, wird also viel lieber genommen.
3. Sein Preis ist ein mässiger (1 gr.—5 Kr.; 1 Kilo ca. 30 Mk. in der Heyden'schen Fabrik zu Radebeul-Dresden).

Die volle Dosis, die er nie zu überschreiten nöthig hatte, ist 3mal täglich 2 gr.; doch hat er auch in Dosen von 1 gr. gute Erfolge gehabt.

Dr. Hertzka, Karlsbad.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse

erscheint monatlich,
herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

wohin alle geschäftlichen Correspondenzen, Geldsendungen, Aufträge u. s. w. zu adressiren sind.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Manuskripte, Wechselblätter, Bücher und alle redaktionellen Correspondenzen sind zu adressiren an den Redakteur: 328 E. 19. St., New York.
Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der **Cherouny Printing Co.** in's Einvernehmen zu setzen.

Pro domo!

Die erste Nummer der „Presse" erschien im Dezember 1885, so dass der Jahrgang des Blattes von Dezember bis November lief. Es wurde dies von vielen Seiten als ein Uebelstand vermerkt, und immer häufiger gingen uns Beschwerden zu, welche in dem Wunsche gipfelten, den Jahrgang von Januar bis Dezember laufen zu lassen. Wir glaubten, die nothwendige Veränderung am besten im Juli eintreten lassen zu können, wo einerseits der Stoff sich nicht drängt, andrerseits Redaktion und Administration sich nach Ferien sehnen. So erklärt sich das Ausfallen der Julinummer unseres Blattes. Wie unsere Leser bemerken, folgt auf die Juninummer (No. 1, Bd. IV.) diese Augustausgabe (No. 2, Bd. IV.), so dass der laufende Band mit Dezember (No. 6, Bd. IV.) schliessen wird.

Kinderheilkunde und Innere Medizin.

Die Ernennung des bisherigen Dozenten für innere Medizin und Assistenten an der Klinik Prof. Nothnagel's — Dr. R. von Jaksch's — zum Professor der Pädiatrie in Gratz hat in deutschländischen medizinischen Kreisen etwas Staub aufgewirbelt.

Der Redakteur der Deutschen Med. Wochenschrift, Dr. Paul Guttmann, billigte nämlich diesen ungewöhnlichen Schritt des österreichischen Kultusministerium's, weil dasselbe sich dadurch „von „der bisherigen, so unverhältnissmässigen Scheidung der Pädiatrie von „der inneren Medizin losgesagt hat..... Eine so scharfe Abtrennung „der Kinderheilkunde von der inneren Medizin ist doch keineswegs eine „gerechtfertigte..... Mit solchem Vorgehen wird ein lebloses System „und ein falscher Weg verlassen und der natürliche und einheitliche „Weg einer gesunden Entwickelung der medizinischen Wissenschaft „und Praxis angebahnt."

Das Gleiche gilt von der Berufung Prof. Ganghofner's auf den Lehrstuhl für Pädiatrie an der Prager deutschen Universität.

In Oesterreich jedoch hat man — und zwar nach unserer Meinung mit Recht — diese Neuerung durchaus nicht freudig begrüsst. Die dadurch erzeugte Missstimmung fand sogar in einer Beschwerde an das Kultus-Ministerium Ausdruck, welche Prof. Widerhofer in der Sitzung des Wiener medizinischen Professoren Kollegium's vom 30. April überreichte und die zu einer „Auseinandersetzung" zwischen W. und Prof. Nothnagel führte.

Es wäre beinahe komisch, wenn es nicht so sehr bedauerlich wäre, dass man jetzt den wiewohl vergeblichen Versuch machen will, der Kinderheilkunde ihre Berechtigung als Spezialität absprechen zu wollen. Die grosse Anzahl bedeutender Mediziner, welche die Begründung und den Ausbau der Pädiatrie während der letzten Jahrzehnte zu ihrer Lebensaufgabe gemacht, *ad absurdum* führen zu wollen, gleicht thatsächlich einem Kampfe mit Windmühlen. Und da die Verschiedenheiten des kindlichen Organismus und seiner krankhaften Erscheinungen gegenüber denen des Erwachsenen dieselben bleiben werden, so ist es nicht schwer, den nothwendigen Ausgang dieses Kampfes vorauszusehen.

Der Kommers zu Ehren des dreissigjährigen Stiftungsfestes des *Deutschen Dispensary* am 28. Mai war eine in jeder Beziehung „gelungene Affaire." Lieder und Festreden wechselten ab mit freien Vorträgen, sowie Verlesung der verschiedenen Beiträge zur „Festzeitung." Die letztere ist geradezu ein Muster ihrer Art zu nennen und enthält so manchen Beitrag, der wirklich bleibenden Werth hat und der eine Veröffentlichung verdient hätte, wenn dies nicht vom Kommittee, der „Namen" wegen, für unthunlich gehalten worden wäre.

Doch monopolisirten die Doktoren den ganzen Abend nicht allein: ein Mitglied des Verwaltungsrathes schilderte die Gefühle dieser Körperschaft, und im Schlussliede wurde der „alte, pensionirte Hausmeister" — der alte Schneider — in einer so originell liebenswürdigen Weise angesungen, dass er's wohl sein Lebtag nicht vergessen wird!

Dem Chinin, Salicyl und Antipyrin reiht sich jetzt auch das Antifebrin an, als gegen Cephalalgie, speziell Migräne wirksames Mittel. Die Bedingung zum Erfolge ist jedoch die, dass das Antifebrin in genügend grossen Dosen gegeben wird, das heisst ½—1 g. (7½—15 Gran) Nach einer halben, höchstens einer Stunde tritt die Wirkung ein. Diese Anwendung bezieht sich jedoch nur auf Kopfschmerz, der durch zirkulatorische Störungen im Gehirn bedingt ist. Da ein derartiger Zustand gelegentlich durch Alkoholgenuss bedingt ist, so darf das Antifebrin als ausgezeichnetes „Kater-Mittel" angesehen werden.

Unsere geehrten Mitarbeiter und Korrespondenten werden höflichst ersucht, *nur auf eine Seite des Papieres zu schreiben.*

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Verein Deutscher Aerzte von St. Louis.

Sitzung vom 15. April 1887.

Vorsitzender: Dr. Lingenfelder.
Sekretär: Dr. Riesmeyer.

Dr. Evers referirte folgenden Fall. Patient, ein 18-jähriger junger Mann, bekommt, nachdem er eine schwere Last getragen hatte, plötzlich einen Schmerz in der linken Seite, der neunten Rippe entsprechend. Es stellt sich Schüttelfrost und Fieber ein; lokal war nichts nachzuweisen. Die Beschwerden werden gehoben. Der Schmerz stellt sich jedoch später wieder ein und im August ist eine leichte fluktuirende Geschwulst zu bemerken. Bei der Inzision entleert sich eine grosse Menge übelriechenden Eiters. Das Gewebe ist nach verschiedenen Richtungen hin unterminirt, so dass eine Gegenöffnung in der Rückengegend gemacht wird. Es stellt sich Oedem der Beine und Ascites ein. Vor etwa 10 Tagen war Temperatur 99° Fahr., Puls 140. Es war nie Eiter, Eiweiss oder Zucker im Urin gefunden worden. Die Diagnose wurde auf Karies der Rippen gestellt und der Ascites durch die hochgradige Anämie erklärt. Patient ging an Lungenödem zu Grunde. Die Obduktion ergab Karies der neunten Rippe. In der einen Niere fand sich eine den Markkegeln entsprechende Kavernenbildung, wodurch sich die Marksubstanz von der Rindensubstanz scharf abgrenzte. Die Kavernen waren mit käsigen und eitrigen Massen gefüllt, das Nierenbecken durch Verwachsungen obliterirt. Auch umgab schwieliges Bindegewebe die Oberfläche der Niere. Die Milz war bedeutend vergrössert, theilweise von dunkelrother Färbung.

Dr. Alt hielt einen Vortrag über:

Intoxikationsamblyopieen.

(Derselbe ist in No. 1, Bd. IV, S. 13, der N. Y. Med. Presse abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. Bremer spricht die Vermuthung aus, dass es sich bei Tabaksamblyopieen um eine Vermehrung der Bindegewebssepta handele, ähnlich den Bindegewebshyperplasieen, die sich bei durch Alkohol oder Syphilis hervorgerufenen neurotischen Entzündungen bilden.

Dr. Alt erwidert, dass solche in der Mehrzahl der Fälle nicht nachzuweisen sind. Allerdings sind solche pathologischen Veränderungen nicht allein wahrscheinlich, sondern sogar anatomisch nachgewiesen. Er wollte blos konstatiren, dass das ophthalmoskopische Bild bei Tabaksamblyopie nicht direkt auf entzündliche, sicher nicht auf sehr intensive Vorgänge hinweise.

Dr. Bremer referirt einen Fall von Amblyopie bei einem 28- bis 29-jährigen Priester, welcher exzessiv raucht und trinkt. Derselbe hat ein Tabaksherz und bedeutende Schwindelanfälle. — Redner erzählte dann einen Fall von Chininamaurose bei einem neuropathisch stark belasteten Arzte, welcher Morphophage und sehr nervös war, ausserdem an einem Ulcus rotundum des Magens litt. Derselbe hatte remittirendes Fieber und nahm 80 gr. Chinin auf einmal. Am nächsten Tage war er blind und blieb blind auf einem Auge. Das andere war gar nicht affizirt. — Herr Dr. Alt bemerkt, dass plötzliche Erblindungen, besonders einseitige, aus allerhand Ursachen, nicht so selten sind, und

hebt hervor, dass es ihm unerklärlich sei, wie bei der partiellen Dekussation der Optikusfasern durch Allgemeinintoxikation nur ein Auge affizirt werden könne, ohne, wenn auch geringe, Mitbetheiligung des anderen.

Dr. Bremer erwiderte, dass es bei Syphilis-Amaurose vorkomme, dass nur ein Auge affizirt sei.

Dr. Alt hält dies nur dann für möglich, wenn der lokale Prozess sich vor dem Chiasma befindet. — Dr. Alt referirt einen Fall von hochgradiger Tabaksamblyopie bei einer Dame.

Dr. Hermann referirt einen Fall von hysterischer Hemianästhesie mit Erblindung bei einem 22-jährigen Mädchen. Dasselbe sah vor zwei Jahren, wie eine Frau überfahren wurde, und bekommt seit der Zeit hysterische Anfälle: Opisthotonos, Schmerz über linkem Ovarium, linksseitige Hemianästhesie und Erblindung des linken Auges. Das Gehör ist nicht affizirt; doch ist Patientin auf beiden Ohren schwerhörig. Durch Hypnotisiren und Druck auf das linke Ovarium verschwindet die Hemianästhesie und kehrt nicht so häufig wieder. Dr. Hermann erzählt dann einen Fall von hysterischer Neuralgie, welche durch Aufbinden eines Goldstückes auf die andere Seite des Kopfes überging. — Dr. Alt bemerkt, dass Fälle von hysterischer Amaurose, sowie Farbenblindheit, mitgetheilt worden seien, welche durch Hypnotisiren gehoben wurden.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend.

Sitzung vom 7. März 1887.

Vorsitzender: Präsident Dr. L. Weber.
Sekretär: Dr. Willy Meyer.

Der erste Vortrag ist der von Dr. H. Klotz:

Ueber Urticaria.

(Derselbe ist in No. 5, Bd. III, S. 187, abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. C. Heitzmann stimmt der Hebra'schen Ansicht bei, dass die *Urticaria*-Quaddel auf Oedem beruht, d. h. dass sie wahrscheinlich ein seröser Erguss zwischen die Bindegewebsbündel ist. Zur Erklärung wird Störung in der vasomotorischen Sphäre herangezogen. Doch ob dies der Grund ist, ob man nicht doch etwa reine Nerven-Thätigkeit annehmen muss, angesichts der Thatsache, dass ein Mensch vom blossen Anblicke eines Thieres, das früher einmal *Urticaria* veranlasst hat, dieselbe wieder bekommt, oder ob vielleicht ein Stoff ins Blut dringt, der Embolieen in den Hautkapillaren erzeugt, muss vor der Hand dahingestellt bleiben. Noch schlimmer sieht es mit der *Therapie* aus. Es giebt Fälle, bei denen dieselbe eine sehr unbefriedigende ist. Redner gebraucht *Ergot* mit gutem Erfolge. Das Mittel ist bei Mädchen mit Uterinbeschwerden auch sicherlich häufig angebracht. Neuerdings empfahl Unna das Ichthyol sehr warm. Das Mittel scheint lokal in Lösung oder Salbenform, als Ichthyolseife, und innerlich genommen vor Allem wirksam, wenn die *Urticaria* auf rheumatischer Basis beruht. H. selbst kann darüber bislang noch keine Meinungs-Aeusserung abgeben.

Dr. I. Oberndorfer möchte noch schärfer den Nutzen der Abführmittel (Kalomel mit Jalappe), sowie den späteren Gebrauch von Salizyl, 1—2-stündlich in kleinen Gaben, betonen. In chronischen Fällen liegt die Ursache in einer Dyskrasie (Malaria, Lithämie etc), oder die Erscheinungen sind als Reflex krankhafter Störungen anderer Organe aufzufassen. Hat man die gefunden und kann man sie kuriren, so kann man auch die *Urticaria* damit heilen.

Dr. J. Hoffmann berichtet, dass er von der *Mercury Plant*, einer in den Staaten New York und Connecticut einheimischen Pflanze, *Urticaria*-Quaddeln bekommen habe. Bei Anderen zeigten sich in Folge der Berührung dieser Pflanze mehr diffuse Haut-Entzündungen.

Dr. H. Klotz möchte zum Schlusse noch darauf hinweisen, dass *Urticaria* auch hereditär auftreten kann.

Es folgt Dr. A. Caillé's Vortrag :

Ueber Intubation (Tubage) des Larynx.

Redner beabsichtigt nur, die Debatte über diesen Gegenstand einzuleiten. Er glaubt, dass die *Intubation* ein therapeutisches Verfahren von grosser praktischer Tragweite sei. Die *Tracheotomie* kann man allenfalls ausführen, wenn man ausser etwas anatomischen Kenntnissen ein scharfes Taschenmesser hat. Weniger einfach ist dies bei der *Intubation*. Man bedarf eines speziellen Instrumentariums und praktischer Vorstudien an der Leiche. Redner will zunächst die nothwendigen Instrumente kurz beschreiben und ihre Anwendung demonstriren.

Der *Gag* oder Mundöffner wird in den linken Mundwinkel eingesetzt. Der von O'Dwyer angegebene ist jedoch desshalb unpraktisch, weil er auf die linke Schulter des Patienten drückt. Ein unruhiges Kind wird ihn fortschleudern. Dr. Denhard hat einen bedeutend verbesserten vorgeschlagen, dessen Griff nach oben geht und daher von dem Assistenten, welcher den Kopf hält, mit erfasst und fixirt werden kann.

(Derselbe wird vorgezeigt.)

Die *Tuben* selbst haben verhältnissmässig enges *Lumen*, trotzdem werden durch sie diphtheritische Membranen ausgehustet. Immerhin wäre es weit besser, wenn sie von grossem Kaliber und *Lumen* gemacht werden könnten. Redner glaubt, dass durch die Verwendung von Platina, dessen spezifisches Gewicht nahezu dreimal grösser ist, als das jetzt zur Verfertigung verwendete vergoldete Messing, dies zu erreichen wäre.

Die Einführungshandhabe ist sehr praktisch. Es ist nur zu bedauern, dass der Mandrin die Röhre vollkommen verschliesst.* Im Augenblicke der Einführung hat der Patient gar keine Luft. Ferner ist dem Redner noch ein anderer Nachtheil dabei aufgefallen: Der eine (bewegliche) Schnabel ist durchbohrt. Wenn derselbe nun schlecht gemacht oder defekt im Metall ist, so kann er abbrechen und in die Röhre resp. von da in die Trachea gelangen, wodurch natürlich viel Unheil angerichtet werden könnte.

In Bezug auf Einübung an der Leiche und Touchiren des Larynx bemerkt Redner:

Wenn man einer Leiche tief in den Mund greift, so wird man auf einen Knorpelwulst kommen. Dies sind die *Ary.-Knorpel; vor denselben* muss der Tubus in die Tiefe. Die Epiglottis kann stehen, wie sie will.

*) Prof. Carl Stark (*Wien. Med. Presse*, No. 12, 1887) hat diesem Uebelstande dadurch abgeholfen, dass sein — übrigens birnenförmiger — Obturator siebförmig durchbrochen ist. — Die Redaktion.

Man kann von der Seite mit der Röhre eingehen oder gerade in der Mitte, es ist das ohne Belang. Fühlt man den Knorpelwulst, aber kein *Lumen,* so öffnen sich die Theile durch einen gehörigen Druck wie ein Trichter und man kann ohne Weiteres in den Larynx eindringen. Aber selbst wenn die Taschen-Bänder und -Falten bei entzündlichen Zuständen stark geschwellt sind, kann man mit dem Tubus nicht fehlgehen, wenn man immer daran denkt, dass man *vor dem Knorpelwulste* in die Tiefe muss. In der Praxis jedoch, bei lebenden Kindern, kann man in dieser Beziehung noch viel lernen.

Die *Indikation* zur Tubage des Larynx ist etwa dieselbe wie die zur Tracheotomie. Im *N. Y. Med. Record* hat Dr. Northrup, der sich um die Operation grosse Verdienste erworben, kürzlich sehr ausführlich seine Erfahrungen veröffentlicht. Derselbe will vor Eintritt der Cyanose intubiren. Dies erscheint Redner jedoch etwas riskirt. Nach seiner Ansicht ist erst die eintretende Cyanose das Signal zum Eingriffe.

Redner demonstrirt nun an einer Kindesleiche Einführen und Herausnehmen des Tubus und knüpft hie und da praktische Winke an. Von Letzteren sind hervorzuheben: Der Oberkörper des Patienten sollte etwas nach vorn gebeugt werden; findet man die Epiglottis nicht gleich, so sollte man die Zunge, nach Rath Dr. Sturmdorf's, etwas hervorziehen. Bleibt Patient nach der Intubation blau und verschwindet die Schnur, so sitzt der Tubus im Oesophagus. Aus diesem Grunde muss die Schnur recht lang sein.* Die Einführung gelingt am besten im Stehen, das Herausnehmen im Sitzen.

Ueber die Nachbehandlung des operirten Kindes, den wunden Punkt des Verfahrens, wird Folgendes angeführt:

Kann Patient schlucken, so ist es gut; kann er es nicht, so hat man seine Mühe und Noth. Um den Durst zu löschen, giebt man kleine Eisstückchen in den Mund und lässt das geschmolzene Wasser dann ausspucken; oder man giebt dem Pat. direkt kaltes Wasser, nur zum Mundausspülen, alle halbe Stunden. Schon 3 — 4 Jahre alte Kinder sind meist verständig genug, um dies zu thun. Die Ernährung hat dann *per rectum* und Schlundsonde zu geschehen. Dr. Langmann hat in einer der *Wissenschaftl. Zusammenkünfte etc.* über einen Fall berichtet, wo das Kind nach Ernährung *per os* eine leichte Schluckpneumonie bekam (No. 6, Bd. III, S. 259). Er gab nährende Klystiere und das Kind genas. Redner bereitet eine Mischung von Eidotter, Whiskey, Milch und Peptonen und spritzt alle 3—4 Stunden eine mittelgrosse Stempelspritze voll in den Mastdarm ein. Die Ernährung per Schlundsonde soll möglichst vermieden werden; denn die Kinder schlucken keine weiche Röhre und mit fester kann man die Schleimhaut verletzen.** Natürlich kann man *per rectum* auch stimuliren und Medizin geben; ferner sei die perkutane Methode durch Salben und Oleate heranzuziehen; auch die subkutane Methode ist anwendbar.

---

*) Stark hat kein Instrument zum Herausnehmen des Tubus und belässt desshalb die Schnur so lange derselbe einliegt und zieht ihn an der Schnur heraus. — Die Redaktion.

**) In einer neuerlichen Mittheilung theilt uns Dr. Caillé mit, dass er an der Hand grösserer Erfahrung den intubirten Patienten kleingehackte und angefeuchtete *feste* Nahrung giebt und für den Durst *Eis* oder etwas kaltes Wasser, und gefunden hat, dass die Kinder auf diese Weise gut schlucken. Seine Resultate sind bessere als zur Zeit als er flüssige Nahrung geben liess. — Die Redaktion.

Noch bleibt die *intermittirende Tubage* zu besprechen. Dieselbe findet Anwendung:

1. Wenn nach Voraussetzung der Behebung der Stenose Erscheinungen der Letzteren wieder eintreten — also eigentlich nur Wiedereinführung des Tubus.

2. Bei Unvermögen des Kindes zu schlucken und Schwierigkeit der Ernährung *per rectum*. Man entfernt unter solchen Umständen die Kanüle nach 6 — 8 Stunden, und nachdem man dem Kinde Nahrung und Stimulation *per os* eingeflösst, führt man die Kanüle wieder ein. Man kann mehrere Tage lang so verfahren.

Zum Schlusse werden von C. noch eine Anzahl besonderer Zufälle besprochen, wie Hefunterstossen der Membranen in die Trachea beim Einführen, Verschlucken der Kanüle, Einführen derselben in den Oesophagus, Decubitus im Larynx, und eine vergleichende Statistik von Intubation und Tracheotomie kurz angeführt.

C. ist der Ansicht, dass die Intubation eine Zukunft hat und in sehr vielen Fällen von Larynx-Stenose die Tracheotomie vollkommen ersetzen wird.

Diskussion:

Dr. M. J. Bleyer hat elfmal intubirt und fünf Patienten durchgebracht. Er will die Tuben aus Eisen verfertigen und sie dann mittelst des Elektro-Magneten entfernen.

Dr. Brown kann nur wenig zu dem Gesagten hinzufügen. Für ihn ist die Indikation zur Intubation dieselbe wie zur Tracheotomie. Cyanose ist kein sicheres Zeichen. Manche Kinder sterben ohne je Cyanose gehabt zu haben. Das einzig richtige Symptom ist die markirt hörbare Inspiration.

B. hat 71 Fälle intubirt; der vierte Theil davon betraf *Babies* unter zwei Jahren. Das grossartigste Feld für die Intubation scheinen ihm die chronischen Stenosen in Folge von Syphilis zu liefern. Alle seine diesbezüglichen Fälle haben ein vortreffliches Resultat ergeben.

Dr. M. Toeplitz hat Anfangs Januar in einem Falle von Croup intubirt. Die O'Dwyer'sche Mundsperre schien ihm auch sehr mangelhaft, ja unbrauchbar.

Das Athmen wurde sofort besser und wurden Membranen durch den Tubus ausgehustet. Das Kind starb jedoch acht Stunden später.

Ueber Herausnehmen des Tubus hat er keine Erfahrung, da die Eltern die Entfernung des Tubus nicht gestatteten.

Dr. C. Beck hat die Intubation dreimal ausgeführt; zwei Patienten sind genesen. In einem der Fälle wurde der Tubus nach drei Tagen und sieben Stunden ausgehustet und ist dann dauernd herausgeblieben. In einem anderen Falle, einen dreijährigen Knaben betreffend, war die betr. Kanüle nicht passend und wollte nicht eintreten. B. nahm dann ein kleineres Kaliber, das sich ohne Anstand einführen liess. Er räth ferner, die Schnur nicht gar zu lang zu machen. In einem von ihm intubirten Falle wollte die neben dem Kinde stehende Mutter den Faden fassen und wieder herausziehen. In einem vierten von ihm gesehenen Falle hatten sich zwei Kollegen vergebens abgemüht, die Intubation auszuführen. Das Kind bekam sofort nach Einführung einen solchen Erstickungsanfall, dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Das Kind, welches bald darnach starb, litt an membranösem Croup und hatten sich Membranen gerade vor die Stimmbänder gelegt. In solchen Fällen ist schleunigste Tracheotomie anzurathen.

B. glaubt auch, dass die Intubation der Tracheotomie nicht nachsteht. Sie wird mit der Zeit desshalb noch bessere Resultate ergeben, weil die Eltern sich viel leichter dazu entschliessen werden.

Dr. Kammerer hat wenig gehört, dass sich die eingeführte Kanüle verstopft hätte, trotzdem sie nicht gewechselt resp. gereinigt wurde. Es ist ja bekannt, dass selbst das weite *Lumen* der inneren Kanüle nach ausgeführter Tracheotomie sich häufig durch eingedickten Schleim verstopft. K. hat selbst eine Anzahl Patienten während seiner Assistenzzeit dadurch verloren. Er möchte glauben, dass die Verstopfung der mit viel kleinerem *Lumen* versehenen Intubations-Kanüle häufig eintreten müsse.

Was die Ernährung *per rectum* betrifft, welche nach Dr. Caillé's Angaben gut auszuführen ist, so möchte er die von ihm häufig gemachte Beobachtung erwähnen, dass tracheotomirte Kinder nicht so zu ernähren sind. Ist also Rektal-Ernährung nothwendig, so sieht K. darin wiederum einen Nachtheil der Intubation. Weiterhin möchte er darauf aufmerksam machen, dass es doch nicht gleichgültig ist, eine Röhre in und durch den Krankheitsheerd einzuführen und damit Infektionskeime weiter nach unten zu schieben. Er hat beobachtet, dass die meisten seiner Fälle an Weiterschreiten des Prozesses nach unten zu Grunde gingen. Von diesem Gedanken ausgehend, hat Watson Cheyne die Tracheotomie sehr oft so ausgeführt, dass er nach gemachter *Tracheotomia inferior* den Kehlkopf nach oben spaltete und antiseptische Verbandstoffe in die Trachea einlegte, um so das Weiterschreiten des Prozesses nach unten zu verhüten.

Nach einer kurzen Exekutiv-Sitzung, in der u. A. die vorgeschlagenen Kandidaten aufgenommen wurden, erhielt Dr. E. C. Wendt das Wort zu einem Vortrage

Ueber Aetiologie und Behandlung der Gonorrhöe

(Derselbe ist in No. 5, Bd. III, der N. Y. Med. Presse abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. I. Oberndorfer stellt einige Anfragen :

1. Hat der Vortragende in einem Falle keine Gonokokken gefunden und ist in demselben Patienten später aus irgend welchen Gründen wieder ein spezifisch gonorrhöischer Ausfluss aufgetreten?

2. Soll festgestellt werden, ob ein Vaginal-Secret gonorrhöischer Natur ist oder nicht, sind Diplokokken gefunden worden und will man wissen, ob es spezifische sind, — wie soll man hier die richtige Entscheidung treffen, wenn nach der angegebenen Methode entfärbt wird und die Gonokokken verschwinden, die anderen, spezifischen, aber nicht?

Dr. Wendt antwortet, dass, wo durch alkoholische Exzesse etc. ein eben versiegendes Sekret sich wieder vermehrte, auch die Gonokokken wieder in grösserer Anzahl erschienen. Hinsichtlich des zweiten Punktes betont er, dass diejenigen Diplokokken, welche sich bei Anwendung der Roux'schen Methode entfärben, Gonokokken sind. Hat man sich ihre Ablagerung innerhalb der Epithelien etc. im Gesichtsfelde gemerkt, so wird man ihr späteres Fehlen leicht konstatiren können.

Dr. L. Heitzmann, Jr., führt an, dass Neisser auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin sagte, er sei weit davon entfernt zu behaupten, dass alle Diplokokken Gonokokken seien.

Bücherschau.

A. Baginsky. — Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende; 2. verm. u. verb. Aufl. — Braunschweig, Fr. Wreden, 1887.

Der unermüdliche und rastlos thätige Verfasser giebt in diesem ca. 900 Seiten starkem Werke ein Kompendium der Kinderheilkunde, wie es der Student und der angehende Praktiker sich klarer und eingehender nicht wünschen kann. Die vielen eigenen Untersuchungen, welche B. auf den verschiedensten Gebieten der Pathologie und Therapie gemacht hat, geben dem ganzen Werke einen Anstrich der Originalität, wie er so ausgesprochen wenigen anderen dasselbe Gebiet der Heilkunde behandelnden eigen ist.

B. giebt uns den neuesten Stand der Forschung auf einem Gebiete, zu dessen Aufbau und Entwicklung er selbst nicht zum wenigsten beigetragen hat; die physiologischen und pathologischen Eigenthümlichkeiten des kindlichen Organismus von der Geburt bis zur Reife bilden die Grundlage des Gebäudes der Pädriatrik, und diese werden nun auch in präziser, knapper Form scharf pointirt und hervorgehoben. Auf ihnen baut sich die Diagnostik und die Therapie auf.

Wer an der Hand Baginsky's diese Gebiete durchwandelt, der ist einer umsichtigen und hilfreichen Führung sicher und lässt sich gewiss nicht von Jenen irre machen, die der Pädriatrik jede Berechtigung als Spezialfach absprechen wollen, weil sie nichts von der Anwendung anderer „Encheiresen" erfordert!?

Die Ausstattung des Buches ist gut, die Eintheilung rationell und sehr übersichtlich; ein alphabetisches Register erleichtert das Nachschlagen und die am Schlusse beigefügte „Dosirung der gebräuchlichsten Arzneimittel für das Kindesalter" und „Die gebräuchlichsten Arzneiformeln für das Kindesalter" sind von erheblichem praktischen Werthe. G. W. R.

Pregnancy, Parturition, and the Puerperal State, and their complications, by Paul F. Mundé, M. D. *The Physicians' Leisure Library.* Geo. S. Davis, Detroit, Mich., pp. 110.

Verf. hat seinen guten Namen dazu hergegeben, um für Geo. S. Davis die unmögliche Aufgabe zu lösen, die ganze Geburtshilfe in 110 Seiten (Octav) zu komprimiren, mit dem zu erwartenden Resultat, dass er weder sich selbst gerecht geworden, noch dem Leser Genüge gethan.

Der Praktiker, der seine geburtshilflichen Kenntnisse wieder auffrischen und von dem Neuen hören will, das im letzten Dezennium in der Geburtshilfe geleistet worden ist, wird wohl wenig Befriedigung finden. So ist beispielsweise die Schultze'sche Schwinge-Methode bei Asphyxie der Neugeborenen so kurz behandelt — in etwa 8 Zeilen — dass Jemand, der dieselbe absolut nicht kennt, sich durch deren Lektüre schwerlich darüber klar werden wird. Auch vermisst man die gewohnte Klarheit des Verf. bei der Aufstellung der Indikationen zum Eingreifen bei engem Becken, da dieselben obendrein noch von andern Autoritäten theilweise sehr abweichend gestellt werden.

Das Gleiche gilt von Dem, was an verschiedenen Stellen über die Lokalbehandlung nach vollendeter Geburt gesagt ist:

Die Leibbinde wird auf S. 45 empfohlen, zusammen mit einer Vulvar-Kompresse (*pad*), um die Lochien zu verhindern, das Bett zu beschmutzen; auf S. 92 heisst es: „Eine handvoll (*wad*) Verbandwatte oder Werg mit Muslin bedeckt soll über die Vulva gelegt werden und von einer

breiten Bandage, welche hinten und vorne an die Leibbinde befestigt ist, am Platze gehalten werden;" und auf S. 96 wiederum: „Die *antiseptische* Kompresse (doch die des Dr. GARRIGUES? Ref.) sollte über der Vulva angewendet werden, sowohl aus Vorsicht (gegen die Infektion Ref.), als des Komfortes halber."

Aber auch typographisch entspricht das Werkchen nicht allen gerechten Anforderungen. Von den verschienenen sinnentstellenden Druckfehlern greifen wir nur einige heraus:

Seite 80: uterine pole statt foetal pole; S. 84: drawing the head, statt, drawing the body; S. 197: nervous thrombosis statt venous thrombosis; S. 108: nerve statt vein &c.

Doch genug! Wir, die wir den wirklichen Gründer des *American Journal of Obstetrics*, den belesenen und belehrenden Autor der „*Minor Surgical Gynaecology*," den berufenen Vertreter der jüngeren, progressiven, adaptirenden Schule der amerikanischen Gynäkologie verehren, wollen hoffen und wünschen, dass er es nicht wieder versucht, unter Hochdruck etwas Unmögliches ermöglichen zu wollen. C. A. v. R.

The Southwestern Medical Gazette, edited by Drs. M. F. COOMES and J. B. MARVIN; published by the Bradley & Gilbert Company, Louisville, Ky., Vol. I, No. 1.

Die Namen der Redakteure sowohl wie die der Mitarbeiter — unter letzteren mehrere deutsche Kollegen — bürgen dafür, dass das neue Journal alle Anstrengungen machen wird, um dem im Einführungsartikel gegebenen Versprechen, „ein Exponent rationeller Medizin zu sein," gerecht zu werden. Die vorliegende erste Nummer enthält einige interessante originale und klinische Beiträge, und die Ausstattung lässt nichts zu wünschen übrig.

Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Pamphlete:

Thomsen's Disease (Myotonia congenita), by Dr. GEO. W. JACOBY.—Repr. from the *Journal of Nervous and Mental Diseases;* Vol. XIV, March 1887.

Transplantations of a Rabbit's Eye into the Human Orbit, by Dr. CHAS. H. MAY.—Repr. from *Arch. of Opthalmology;* Vol. XVI, No. 1, 1887.

Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei Diabetes mellitus, von Dr. ARNOLD POLLATSCHEK (Carlsbad). — Sep.-Abdr. aus der *Zeitschr. f. klin. Medizin*; Bd. XII, Heft 4.

Handbuch d. allgem. u. spec. Arzneiverordnungslehre, auf Grundlage der neuesten Pharmakopöen bearbeitet von Prof. Dr. C. A. EWALD, 11. Auflage. — Aug. Hirschwald, Berlin, 1887.

Die innerliche Anwendung des Hydrargyrum tannicum oxydulatum bei Syphilis, von Dr. CARL SCHADECK (Kiew). — Sep.-Abdr. a. d. *Petersb. Med. Wochenschr.*, No. 6, 1887.

Zur Diagnose u. Therapie der atypischen Uterusblutungen, von Dr. EICHHOLZ (Jena). — Sep.-Abdr. a. *Der Frauenarzt;* 1886, Heft 1 u. 2.

Zur Therapie der Retroflexiouteri, von Dr. EICHHOLZ.—Sep.-Abdr. a. d. *Deutsch. Med.-Ztg.*

Die Blutungen intragraviditatem intra partum, post partum, von Dr. EICHHOLZ. — Sep.-Abdr. a. d. *Deutsch. Med.-Ztg.*

Baked Beans, a serio-humorous medical paper, by EPHRAIM CUTTER, M. D. —Repr. from *Albany Med. Annals.*

Fourteenth Annual Report of the New York Kitchen Diet Association, for the year 1886.—Martin Brown, New York.

Ueber den andauernden Gebrauch alkalischer Mineralwasser; Sendschreiben an Herrn Dr. EBSTEIN von Dr. EWICH, Herz. sächs. Hofrath.—Köln u. Leipzig; Albert Ahn, 1887.

Der Verlauf der Psychosen, von Prof. Dr. RUDOLPH ARNDT (Greifswald), und Dr. AUGUST DOHM. — Mit 21 theilweise farbigen Kurventafeln.—Wien u. Leipzig; Urban & Schwarzenberg, 1887.

Mittheilungen a. d. Kölner Bürger-Hospital, herausg. v. Oberarzt Prof. Dr. BARDENHEUER; 1. u. 2. Heft.—Köln u. Leipzig; Albert Ahn, 1887.

Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, nach den in den Ferienkursen für Aerzte gehaltenen Vorträgen, bearbeitet von Dr. August Martin (Berlin). Mit 210 Holzschnitten. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. — Wien u. Leipzig; Urban & Schwarzenberg, 1887.

Pregnancy, Parturition and the Pureperal State, by Paul F. Mundé, M. D. — The Physician's Leisure Library. — Geo. S. Davis, Detroit, Mich., 1887.

Annual Address delivered before the *American Academy of Medicine* at Pittsburgh, Pa., on October 12th 1886, by R. S. Sutton, M. D., Pres. of the Academy.—Wm. F. Fell & Co., Philadelphia, 1887.

Georg Kühne's Rathgeber für Kosmetik, III. Auflage; mit Vorwort etc., von Hofrath Dr. Krug (Chemnitz).

Görbersdorf, Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke, von Reinhold Ortmann (No. 34 u. 35 der Europäischen Wanderbücher).—Orell, Füssli & Co., Zürich, 1886.

Anaemia, by Frederick P. Henry, M. D. — Repr. from *The Polyclinic*, Blakiston & Co., 1887.

Transactions of the Association of American Physicians; Vol. I, containing reports of its first session at Washington, D. C., June 17th and 18th, 1886.—Wm. J. Dorman, Philadelphia, 1886.

Ueber eine operative Radical-Behandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc., von Dr. Wilhelm Hack. —Wiesbaden; J. F. Bergmann, 1884.

Riechen u. Geruchsorgan; eine populäre Vorlesung von Dr. Wilhelm Hack, mit fünf Holzschnitten. —Wiesbaden; J. F. Bergmann, 1885.

Der derzeitige Standpunkt der Schutzimpfungen, von Dr. Otto Beumer, Priv.-Doz. für Hygiene in Greifswald. — Wiesbaden; J. F. Bergmann, 1887.

Congenital Occlusion of the Posterior Nares, by Alvin A. Hubbell, M. D. (Buffalo, N. Y.). — Repr. from *Buffalo Med. and Surg. Journ.*, December, 1886.

Feeding Patients against the Appetite, by Ephraim Cutter, M. D.—Repr. from *The* (Phil'a) *Med. Register*, 1887.

A Method for the Surgical Treatment of Sero-Fibrinous Pleurisy, by Benjamin F. Westbrook, M. D.—Repr. from *N. Y. Med. Journal*, March 12, 1887.

Observaciones clínicas de Afecciones cutáneas y sifélitica, por el Dr. D. Carlos Schadeck de Kiev.—Sep.-Abdr. a. d. *Revista de Ciencias Médicas*, 5 u. 8, 1887.

The Treatment of Haemorrhoids, by Charles B. Kelsey, M. D.—*The Physicians' Leisure Library.*—Geo. S. Davis, Detroit, Mich.; Vol. I, 1887. (Annual subscription $2.50; single copies 25c.)

Elementary Microscopical Technology, Part I., by Frank L. James, M. D.—St. Louis Med. and Surg. Journ. Company, St. Louis, Mo.; 1887.

Practical Bacteriology, by Thos. E. Satterthwaite, M. D. — *The Physician's Leisure Library.* — Geo. S. Davis, Detroit, Mich.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

H. IMHOF,
APOTHEKER,
189 East Broadway, cor. Jefferson Street,
NEW YORK.

THOMAS LATHAM,
APOTHEKER,
3. Ave. & 75. Street, NEW YORK.
(vormals bei Eimer & Amend),
erbittet sich die Patronage der Profession. Aerzten die Zusicherung, dass ich Recepte *lege artis* und mit ausschliesslicher Benützung der besten Droguen bereite.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. IV. New York, September 1887. No. 3.

Die Verwendung von Sauerstoff bei der Inhalation von Chloroform.

Von Dr. H. Kreutzmann, San Francisco,
Früher 1. Assistent an Prof. Zweifel's Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie in Erlangen.

Vorgetragen vor dem *Verein deutscher Aerzte in San Francisco* am 2. August 1887.

Meine Herren! Vor einiger Zeit hatte ich die Ehre, Ihnen einige Mittheilungen über die Lachgas-Sauerstoff-Narkose zu machen; ich möchte heute Ihre Aufmerksamkeit auf die Verwendung von Sauerstoff bei der Inhalation von Chloroform lenken.

Die Beobachtungen, über welche ich Ihnen bis jetzt berichten kann, sind vorwiegend praktischer Art; es lag mir vor Allem daran, ausfindig zu machen, ob eine brauchbare Narkose auf dem von mir betretenen Wege erzielt, ob die entgegenstehenden praktischen Schwierigkeiten überwunden, kurz, ob eine Chloroform-Sauerstoff-Narkose praktisch leicht und sicher durchgeführt werden könne. Deshalb waren die Beobachtungen bei der Narkose bis jetzt keineswegs eingehende, detaillirte, sondern dieselben waren mehr auf den Gesammteindruck gerichtet; andererseits war meine Aufmerksamkeit bei der ganz neuen Narkose durch die Beobachtung des Allgemeinbefindens des Patienten so sehr in Anspruch genommen, dass mir bis jetzt noch keine Zeit und Muse zur Verfügung stand, genaue Beobachtungen und Notizen in jedem einzelnen Falle zu machen. Sie dürfen deshalb nicht eingehende wissenschaftliche Beobachtung des Pulses mit dem Sphygmographen vor, während und nach der Narkose erwarten; es wurden seither keine genaueren Beobachtungen der Respiration, der Körperwärme, keine Blutuntersuchungen gemacht — alles Dinge, von denen ich wohl weiss, dass sie zu einer gründlichen Bearbeitung unseres Thema's unumgänglich nothwendig sind und über welche, wie ich hoffe und erwarte, es mir mit Zeit und Gelegenheit möglich sein wird, noch nachträglich eingehende Studien zu machen.

Die Idee, Chloroform-Sauerstoff-Gas in Mischung inhaliren zu lassen zur Hervorbringung einer allgemeinen Narkose, stammt von Dr. Ignaz Neudörfer, Dozent der Chirurgie an der Universität in Wien. Derselbe hat im 18. Bd. des *Arch. f. Chirurgie* Mittheilung über diese Sache gemacht und damals weitere Untersuchungen und Berichte in Aussicht gestellt. Als ich Versuche mit der Lachgas-Sauerstoff-Mischung machte, fiel mir die Neudörfer'sche Publikation ein, und da mir weitere Veröffentlichungen über diese Narkose weder von jenem noch von Anderen zu Gesicht gekommen waren, wandte ich mich persönlich an Kollege Neudörfer mit der Anfrage, ob er Weiteres über Chloroform-Sauerstoff bekannt gemacht habe. Dr. Neudörfer war so liebenswürdig mir zu antworten, dass er nur Weniges weiter in dieser Frage gearbeitet habe, da er durch dienstliche Verhältnisse (er ist nämlich Sanitäts-Chef des 9. österr. Korps) zu sehr in Anspruch genommen sei; er empfahl mir sein

1885 erschienenes Buch: "Die moderne Chirurgie in ihrer Theorie und Praxis" zur Lektüre. Nach diesem Buche werde ich Ihnen in Kürze den Ideengang des Autors darlegen.

Die gewöhnlich angenommene Einwirkung des Chloroforms auf den Organismus besteht darin, dass zuerst das Grosshirn von dem *Anaestheticum* angegriffen wird, wodurch die Verwirrung des regulären Ideengangs und die Steigerung der Reflexerregbarkeit durch Ausschaltung der hemmenden Grosshirneinflüsse bei Beginn der Narkose zu Stande kommt. Im weiteren Verlaufe werden dann die Zentren für die Sensibilität, für die Motilität und zuletzt die Zentren für Herzthätigkeit und Respiration ergriffen und gelähmt. Im letzteren Falle kann der Tod eintreten und auf diese Weise ist eine Reihe von Chloroform-Todesfällen zu erklären, allerdings nur ein Theil; eine Anzahl von Todesfällen wird mit Unrecht dem Chloroform zugeschrieben, wo ganz gewiss die Angst und nicht das Chloroform den Patienten tödtete — wie ja auch in der Litteratur über diesen Gegenstand eine Reihe klassischer Beispiele für diese Todesart (ohne Chloroform-Anwendung) zu finden ist. Eine weitere Anzahl von Todesfällen ist die der Erstickung bei Kehlkopfverschluss durch die Zunge oder durch Hineingerathen von erbrochenen Speisen in Larynx oder Trachea zu gute zu schreiben; ferner sind einzelne Fälle durch reflektorisch eingetretenen Stillstand von Respiration und Zirkulation bei Einwirkung konzentrirter Chloroformdämpfe auf die Nasenschleimhaut beobachtet worden.

Die Einwirkung des Chloroforms auf die Herzinnervations- und vasomotorischen Zentren bringt bei jeder tiefen Narkose eine Verminderung der Energie der Herzthätigkeit, ein Sinken des Blutdrucks hervor und bedingt in zweiter Linie eine mangelhafte Ventilation des Blutes in der Lunge, da das langsamer fliessende Blut weniger oft Gelegenheit hat seine Kohlensäure in der Lunge abzugeben und Sauerstoff aufzunehmen. Dass die Sauerstoff-Zufuhr zum Blute etwas bei der Chloroform-Narkose zu thun hat, geht zur Genüge aus folgenden wiederholt beobachteten Thatsachen hervor: Werden Thiere rasch chloroformirt, so dass möglichst wenig atmosphärische Luft mit eingeathmet wird, so tritt Stillstand der Respiration sehr viel rascher ein nach dem Aufhören der Herzthätigkeit, als wenn beim Narkotisiren der Zutritt von atmosphärischer Luft zu den Lungen möglichst befördert wird. So hat noch vor Kurzem Dr. Watson in Jersey City folgende Zahlen hierfür gefunden: bei rascher Einleitung der Narkose betrug die durchschnittliche Dauer der Athmung nach dem Stillstand der Herzaktion 41″ — *in maximo* 2′ — *in minimo* 5″; bei langsamem Narkotisiren: 2′ 12″ — *in maximo* 8′ — *in minimo* 45″. Die Versuche wurden an Hunden gemacht.

Wodurch in letzter Instanz die lähmende und in den gefürchteten Synkopefällen zuweilen tödtliche Einwirkung des Chloroforms auf die Zentren der Zirkulation und Respiration zu Stande kommt, ist zwar vielfach Gegenstand von Forschungen und Hypothesen gewesen, keine derselben vermochte indess bis jetzt gänzlich zu befriedigen.

Neudörfer stellt nun eine eigene Hypothese auf über die Einwirkung des Chloroforms und den Chloroformtod. Er argumentirt folgendermassen: Das Hämoglobin der rothen Blutkörperchen besitzt eine verschieden starke Affinität zu verschiedenen Gasen, eine schwache zu Sauerstoff, stärkere zu Kohlenoxyd. Bei Anwesenheit einer etwas grösseren Menge von Kohlenoxyd (7%) in der atmosphärischen Luft vermag das Hämoglobin nicht, die zum Leben nöthige Sauerstoffmenge

aufzunehmen ; wird aber statt 20% Sauerstoff das drei- oder vierfache desselben zum Inhaliren gebracht, so enthält das Hämoglobin die erforderliche Menge an Sauerstoff. Ist also ein bedeutender Ueberschuss an demjenigen Gase vorhanden, zu welchem Hämoglobin eine geringere Affinität besitzt, so wird die Aufnahme des Gases mit grösserer Affinität verhindert (Hoppe-Seyler, Gréhart) oder, wie Neudörfer annimmt, seine Aufnahme wird nicht verhindert, es wird nur unschädlich gemacht durch die gleichzeitig stattfindende Aufnahme einer ausreichenden Sauerstoff-Menge. Die Affinität des Hämoglobins ist nun bei verschiedenen Individuen eine verschiedene, abgesehen davon, dass auch Luftdruck, Temperatur etc. von Einfluss ist ; bei Individuen mit an und für sich geringer Sauerstoff-Affinität wird bei der gewöhnlichen Chloroform-Narkose nicht genügend Sauerstoff vom Hämoglobin aufgenommen, und so vermag das Chloroform seine giftige Wirkung auf die nervösen Zentren ungehindert und voll auszuüben. Geben wir aber dem zu Narkotisirenden die Möglichkeit, Sauerstoff im Ueberschuss mit Chloroform zu athmen und die nöthige Menge desselben in das Hämoglobin überzuführen, so wird das Chloroform wohl vom Blute aufgenommen, es wird seine narkotisirende Wirkung ausüben, die gleichzeitige Aufnahme einer genügenden Menge von Sauerstoff aber wird die gefährliche, giftige Einwirkung des Chloroforms paralysiren.

So kam Neudörfer dazu, ein Gemisch von Sauerstoff und gasförmigem Chloroform athmen zu lassen in der Hoffnung, die Gefahren der Chloroform-Narkose zu beseitigen.

Er machte zunächst Versuche an Hunden mit günstigem Resultate ; er stellte sich ein bestimmt prozentirtes Gemisch von Chloroform und Sauerstoff dar (3—5 Proz. Chl.), indem er in einem luftdichten Sacke mit bekanntem Gehalt an Sauerstoff eine abgemessene Menge flüssigen Chloroforms brachte. Dabei legte er die durch Berechnung gefundene Thatsache zu Grunde, dass 1 ccm. flüssigen Chloroforms unter gewöhnlichem Atmosphäredruck, Temperatur und Feuchtigkeitsgehalt der Luft gleich ist rund 300 ccm. gasförmigen Chloroforms ; darnach ist also ein beliebig starkes Gemisch mit Leichtigkeit herzustellen.

Seine erste Narkose bei einer Operation betraf einen jungen Mann mit Schussverletzung an der Hand, wo das Projektil nachträglich entfernt werden musste. Neudörfer sagt, dass er mit einer grossen Aengstlichkeit an die erste Narkose beim Menschen heranging, „ich stand vor dem Unbekannten und fürchtete eine Lücke in der Theorie und ein Accidenz in der Ausführung". Nach circa 8 Athemzügen lag der Kranke ruhig da mit halboffenen Augen, es wurde bis auf den Knochen inzidirt und die Kugel entfernt, ohne dass der Kranke eine Miene verzog ; er setzte sich dann auf und sagte, er habe nicht geschlafen, aber keine Schmerzen verspürt.

Die zweite Narkose mit Chloroform-Sauerstoff wurde von Neudörfer angewendet bei einer Ellbogen-Resektion und betraf ebenfalls einen jungen Mann. Die Narkose trat rasch ohne Exzitation ein und verlief brillant. Vor Beendigung der Operation ging das Gas zu Ende und man war genöthigt, den rasch erwachten und sehr wehleidigen Patienten in der gewöhnlichen Weise zu chloroformiren: „Da war der Kontrast in der Narkose sehr in die Augen getreten. Der Kranke, der sich früher gegen das Gasdampfgemenge gar nicht gewehrt hatte, schon nach einer Minute in einen ruhigen Schlaf verfallen war, Alles ruhig über sich ergehen liess, ohne reflektorische Bewegungen auszuführen und ohne Veränderung der Gesichtszüge zu erleiden, war nach der Nar-

kose nach der gewöhnlichen Art sehr unruhig und aufgeregt. Es hat fast 5 Minuten gedauert, bis es möglich war, die scharfen Kanten abzurunden und die wenigen Nähte anzulegen; dabei war das Gesicht schmerzhaft verzogen und war der Kranke nach Entfernung des Korbes noch längere Zeit halb betäubt und aufgeregt."

Ausser diesen beiden Fällen hatte Neudörfer noch dreimal Gelegenheit, zweimal bei Operationen, einmal bei stenokardischem Anfall, diese Narkose mit gleich promptem und gutem Erfolge einzuleiten. In einer Anmerkung wird noch bemerkt, dass nach mündlicher Mittheilung Prof. Reyher in St. Petersburg circa 20 Narkosen mit Chloroform-Sauerstoffgemenge an Patienten mit Erfolg eingeleitet habe.

Wie es scheint, hat diese Narkose gar keine weitere Würdigung und Beachtung gefunden. Die gewöhnliche Narkose mit Chloroform, ebenso die Aethernarkose ist doch mit vielen Unannehmlichkeiten für Arzt und Patient verbunden, andererseits werden manche merkwürdige Dinge in der Medizin empfohlen und von gläubigen Verehrern oft für eine gewisse Zeit nachgemacht, sodass man sich billig wundern darf, dass nichts von Versuchen mit der Chloroform-Sauerstoff-Narkose laut geworden.

Vielleicht war es der Sauerstoff, der von Versuchen abschreckte, dessen Bereitung man sich zu beschwerlich und zeitraubend vorstellte; es erschien wohl auch die ganze Manipulation zu komplizirt gegenüber der gewöhnlichen Chloroformanwendung.

In der That lässt sich auch Verschiedenes gegen das Vorgehen Neudörfer's, flüssiges Chloroform in Gummisäcken zur Verdunstung zu bringen, einwenden. Das Chloroform dürfte den Gummisack bald unbrauchbar machen; ferner diffundirt Chloroform rasch durch die Wandungen des Sackes und man weiss nach kurzer Zeit nicht mehr, was in dem Sacke eigentlich ist. Neudörfer empfiehlt auch noch, in einen Gasometer mil Sauerstoff Chloroform zu bringen und das Gemisch, ev. mit atmosphärischer Luft zusammen, athmen zu lassen.

Ich habe nun versucht, auf andere, mir bequemer scheinende Weise, den Hauptzweck des ganzen Vorgehens, nämlich: dem zu Narkotisirenden Sauerstoff im Ueberschusse zum Athmen zu bieten, zu erreichen. Ich benützte den Junker'schen Chloroforminhalationsapparat und verband das Doppelgebläse desselben mit einem mit Sauerstoff gefüllten Behälter (Gummisack). Auf diese Weise wird anstatt atmosph. Luft Sauerstoff durch die narkotisirende Flüssigkeit gepumpt und der Patient athmet Chloroform-Sauerstoff-Dämpfe; da das Mundstück nicht hermetisch schliesst, so bekommt er immer auch etwas atmosph. Luft zu athmen. Hierbei weiss ich allerdings nicht, wieviel Prozent Chloroform der Betreffende athmet, die Menge ist aber eine geringe, was ja bekanntlich ein so grosser Vorzug des Junker'schen Apparates ist. Das von mir seither benützte Mundstück ist ein schlechtes: es hat eine ungeeignete Form und besitzt keine Ventile, zum Ausathmen muss man es also immer etwas vom Munde entfernen; ich habe in einigen Fällen einen kleineren Gummisack eingeschaltet zwischen Flasche und ein anderes Mundstück, letzteres besitzt zwei Ventile; in diesen Sack pumpte ich Chloroform-Sauerstoff und liess die Mischung einathmen: die Sache erwies sich aber nicht als praktisch. Ein gutes, mit Ausathmungsventil versehenes Mundstück ist selbstverständlich dem von mir seither benützten vorzuziehen. Ich habe bis jetzt Gelegenheit gehabt, in 37 Fällen die Chloroform-Sauerstoff-Narkose mit dem Junker'schen Apparate einzuleiten. Die betreffenden Operationen wur-

den ausgeführt durch die Herren Doktoren Morse, Ferrer und Fr. Hund im Deutschen Hospital, im *City and County Hospital* und in der Privatpraxis. Es ist mir eine angenehme Pflicht, genannten Herren meinen Dank auszusprechen für ihr freundliches Entgegenkommen; ganz besonders fühle ich mich dem Herrn Kollegen Morse zu Dank verpflichtet. Ohne dass ich über irgend welche Erfahrungen gebieten konnte, erlaubte er mir, die ersten Versuche zu machen, ermuthigte und unterstützte mich in jeder Weise. Die Beobachtung der Patienten nach der Narkose und die Zustellung schriftlicher Notizen haben die Herren Doktoren Hans Hoffmann im Deutschen Hospital und Chapman im *City and County Hospital* freundlichst ausgeführt.

Ich gebe Ihnen nun eine kurze Uebersicht über unsere Fälle und bemerke, dass wir mit Ausnahme eines Falles (No. 23), wo reines Chloroform verwendet wurde, stets die Billroth'sche Mischung: 3 *Chloroform*, 1 *Aether sulf.*, 1 *Alcohol absol.* benützten. Die verbrauchte Menge wurde einige Male gemessen; sie war stets sehr gering. Wo nichts weiter bemerkt, wurde die betreffende Operation von Herrn Dr. Morse ausgeführt.

1. Fall. C. C. H. am 20. Juni 1887, Mann in Mitte der 40er Jahre; Cystitis und Verdacht auf Blasenstein, zur genauen Diagnose narkotisirt: keine Exzitation, Patient athmet etwas flach; nach etwa 20 Athemzügen, während noch Kornealreflex vorhanden, wird die Steinsonde eingeführt ohne jegliche Schmerzempfindung und Reaktion; auf ganz kurze Zeit volle Narkose, rasches Erwachen.

Dr. Chapman notirte folgende Angaben:

Frage: Hatten Sie irgend welche Schmerzen während das Instrument in Ihrer Blase war?

Antwort: Nein, ich merkte nichts von dem, was der Doktor that.

Frage: Fühlten Sie sich unwohl, nachdem Sie das Betäubungsmittel genommen?

Antwort: Nicht unwohl, ich hatte nur ein schweres todtes Gefühl den ganzen Tag, aber dasselbe war durchaus nicht unangenehm.

Frage: Fühlten Sie Uebelkeit?

Antwort: Nein, ganz und gar nicht.

Frage: Hatten Sie Kopfweh?

Antwort: Nein.

2. Fall. C. C. H., 25jährige Frau; eine Anzahl papilläre Exkreszenzen, condylomartig, an Vulva und Perineum wurden mit der Scheere entfernt. Patientin ist sehr unvernünftig, athmet ganz flach; nach wenigen tiefen Athemzügen liegt sie ruhig schlafend da. Rasches Erwachen: ist sofort bei sich und lacht, zeigt keinerlei Veränderung gegen ihr Befinden vorher.

Die Patientin hatte zwei- oder dreimal etwas Schmerz beim Abtragen der Geschwülste empfunden; hatte weder Uebelkeit noch Kopfweh und fühlte den Rest des Tages schwer und müde.

3. Fall. D. H., 46jähriger Mann; vor 12 Jahren nach Trauma hatte sich an der inneren linken Oberschenkelseite kleiner Tumor entwickelt, der in den letzten drei Jahren bedeutend wuchs, ein Lipom; Exstirpation. Ausserdem superfizieller Lupus der rechten Wange: Stichelung mit Paquelin.

Keine Exzitation, nach einer Minute liegt Patient ruhig athmend mit halbgeöffneten Augen da, Kornealreflex vorhanden, keine Schmerzempfindung; Puls sehr gut. Zwischen beiden Operationen rasch erwacht, nachdem die Einathmung pausirt. Dann wieder rasches Ein-

treten eines schönen anästhetischen Zustandes nach nur wenigen Athemzügen. Schliesslich rasches Erwachen, gutes Befinden. Keinerlei Beschwerden hinterher.

4. Fall. D. H., 52jähriger Mann mit etwas bläulicher Gesichtsfarbe. Käsige Infiltration der rechtsseitigen Inguinaldrüsen mit Fistel; Spaltung und Ausschabung. Ganz leichte Exzitation; Patient setzt sich halb auf; nach wenigen Athemzügen, während Kornealreflex noch erhalten, wird die Operation ausgeführt ohne jegliche Schmerzempfindung und Reaktion. Rasches Erwachen, gutes Befinden. Von Beginn der Narkose bis zum Erwachen waren kaum einige Minuten verflossen.

5. Fall. D. H., 30jähriger Mann; Cystitis und Urethritis nach Gonorrhöe seit vier Jahren; seit Kurzem Exazerbation, Kachexie. Untersuchung der Blase: nach wenigen Athemzügen wird das Katheter eingeführt ohne jegliche Reaktion. Rasches Erwachen: in weniger als fünf Minuten war Alles vorüber, vom Beginn der Narkose bis zum völligen Erwachen. Gutes Befinden hinterher: vorübergehend leichtes Kopfweh.

6. Fall. D. H., 20jähriger Mann; nach Fractura femoris sinistri hat sich eine Geschwulst von fraglichem Charakter entwickelt; Inzision ergiebt einen tiefen Abscess mit starken Wandungen, Ausschabung etc. Operationsdauer 30 Minuten; Patient athmet anfänglich sehr aufgeregt, daher dauert es etwas länger, bis er genügend narkotisirt ist; schliesslich reflexlos, Pupillen eng, Athmung etwas frequent, Puls langsam und gut, Gesicht geröthet, starke Perspiration des Gesichts. Bei wiedergekehrtem Kornealreflex schläft Patient sehr ruhig, erwacht auf Anrufen, ist noch sehr schläfrig; nach kurzer Zeit ist er ganz erwacht und fühlt kein Unbehagen als er vom Operationstisch entfernt wird. Kein Erbrechen weder während noch nach der Narkose. Etwas Uebelkeit und Kopfweh hinterher.

7. Fall. C. C. H., Daniel O. D., 35 Jahre, Irländer. Patient hat eine Mastdarmfistel. Am 25. Juni wurde narkotisirt. Fühlte keinen Schmerz während der Operation; kam schnell wieder zu sich, nachdem die Gasmischung abgesetzt worden; kein Kopfweh, keine Uebelkeit; Nachtruhe etwas gestört.

8. Fall. C. C. H., Léon B., 17 Jahre, Franzose. Patient leidet an einem Bubo, welcher am 25. Juni ausgeschabt wurde. Erwachte kurz nach Aussetzen der Gasmischung und erklärte, dass er sich vorzüglich befinde. Dies hielt über eine Stunde an; dann trat etwas Uebelkeit, doch kein Erbrechen ein. Später schlief Patient ein und schlief die ganze Nacht durch.

9. Fall. D. H., 10jähriges Mädchen. *Resectio femoris dextr.* wegen tuberkuloser *Coxitis*. Schöne, tiefe Narkose ohne jegliche Exzitation, sehr rasch eingetreten; Dauer 30 Minuten. Erwachen rasch mit völlig freiem Bewusstsein. Direkt nach dem Erwachen: keine Uebelkeit, keine Eingenommenheit des Kopfes; P. macht den Eindruck, als ob aus einem natürlichen Schlafe erwacht und nicht eine schwere Operation überstanden habe. Später ganz geringes Erbrechen, keine Kopfschmerzen.

10. Fall. D. H., 40jähriger Mann. *Fistula ani.* Gute Narkose, die Operation in weniger als 5 Minuten beendigt, vom Beginn der Narkose bis zum völligen Erwachen. Kein Erbrechen, geringes Kopfweh hinterher.

11. Fall. D. H., 41jähriger Mann. Lange bestehende *Fis-*

tula regionis inguinal., angeblich nach einem perityphlitischen Abszess entstanden; abendliche Temperatur bis 39.4°; *Incisio et excochleatio* und zwar bei ausgezeichneter Narkose mit B. M. Kaum ein Exzitationsstadium wahrnehmbar. Kein Erbrechen, kein Kopfschmerz folgt nach.

12. Fall. Privat-Patient, 7jähriger Knabe. Am linken ankylotischen Knöchelgelenk wurde das *Brisement forcé* angewendet von Dr. Morse. In diesem Falle war die Narkose sehr schnell eingetreten und keine unangenehmen Nachwirkungen wie Brechen etc. traten auf. Patient erholte sich schnell.

13. Fall. C. C. H., 55jähriger Mann, Irländer. Bruch und Verrenkung des linken Ellenbogens. Am 29. Juni wurde Patient narkotisirt und Dr. Morse war im Stande, passive (schmerzfreie) Bewegungen zu machen, während doch Rigidität der Oberarmmuskeln bestand und Patient mich, sowie die andern umstehenden Herren der Reihe nach ansah. Sobald das Mundstück entfernt war, erklärte Patient, dass dieses Mittel aber tausendmal besser sei als das andere (Aether), denn er habe während der betr. passiven Bewegungen absolut keinen Schmerz gefühlt. Nach 3 Stunden war sein Befinden normal: kein Kopfweh, kein Erbrechen etc., guten Schlaf.

14. Fall. C. C. H., 36jähriger Mann, Irländer. Patient hat einen Abscess am Unterschenkel, welcher am 29. Juni geöffnet wurde. Doch war nicht mehr genug Sauerstoff da, so dass Patient behauptete, die Inzision gefühlt zu haben; Dr. Morse erklärt, dass P. nicht gezuckt habe. Nachher ist Patient sofort im Stande, zu antworten und blieb im besten Wohlbefinden.

15. Fall. D. H., 10jähriger schwächlicher Knabe. *Caries processus mastoid.* nach Mittelohrerkrankung; die Trepanation wurde von Dr. Ferrer ausgeführt. Rascher Eintritt der tiefen Narkose; da während der Operation die Einathmung der Mischung sistirt worden war, wird Patient bei wiedergekehrten Reflexen unruhig, aber nach wenigen Athemzügen des Anaestheticums ist er wieder tief betäubt. Keinerlei üble Nachwirkung, Erwachen rasch nach Vollendung der Operation.

16. Fall. D. H., 30jähriger Mann. *Discisio orificii urethrae.* Sehr gute Augenblicks-Narkose; wenig Kopfschmerzen.

17. Fall. Erster Verband bei *Resectio coxae* (s. Fall 9): nach 4—5 Athemzügen schläft Patient ein und wird in leichtem Schlafe erhalten während der Dauer des Verbandwechsels, ohne irgend etwas zu spüren. Nachwirkung: ganz leichtes Kopfweh und vorübergehend Uebelkeit.

18. Fall. C. C. H., 12jähriges Mädchen. Pat. hat Caries des rechten Femur und Kniegelenks (in Folge dessen ein verkümmertes Bein). Amputation in der Mitte des Femur am 6. Juli. Die Narkose war vollständig und dauerte bis 12 Minuten nach Beendigung der Operation und Entfernung des Mundstückes. Erholte sich schnell und fühlte 3 Stunden später nur Schmerzen im Stumpf; sonst völlig wohl.

19. Fall. C. C. H., Patrick D., 39 Jahre, Irländer. Um passive Bewegungen in dem ankylotischen Ellbogengelenk machen zu können, wurde Patient am 7. Juli narkotisirt. Die Narkose war gut und Patient kam sehr rasch wieder zu sich. Drei Stunden später normales Befinden.

20. Fall. D. H. *Exploratio recti* nach Operation der *Fistula ani* (s. Fall 10); Narkose gut und schnell, keine Nachwirkung.

21. Fall. D. H., 24jähriger Patient. Haemorrhoiden-Operation mit Paquelin. Patient athmet flach und aufgeregt; Op. dauert

circa 12 Minuten, ohne dass Patient völlig betäubt wurde. Leichtes Exaltationsstadium. Keine Nachwirkung.

22. Fall. C. C. H., 40jähriger Mann. Ankylosis des linken Handgelenkes; *Brisement forcé;* die Narkose war perfekt, keine üblen Nachwirkungen.

23. Fall. Privat-Patient, 18jähriges Mädchen. Chloroform allein gegeben; Exzision des Nagelbettes bei eingewachsenem Nagel. Volle Narkose bei erloschenen Reflexen; leichte Uebelkeit hinterher von kurzer Dauer.

24. Fall. D. H. (s. Fall 5) *Sectio media.* Pat. bewegte sehr viel die Schenkel, hatte jedoch nachher keine Erinnerung an die Operation. Später weder Kopfschmerzen noch Erbrechen.

25. Fall. D. H., 19jähriger Mann. Nach einem Fall *Ruptura hepatis et renis d.;* kolossale Blutmengen durch den Urin entleert. Im Verlaufe Pleuropneumonie rechts mit bis zur *Spina scapulae* reichendem Exsudat (blutig-serös). Patient sehr heruntergekommen, Temp. über 39°, Puls schlecht; Thorakozentese. Nach wenigen Athemzügen schon, während der Reflex der Lider prompt ausgelöst wurde, konnte ohne Schmerzempfindung inzidirt werden. In leichter Narkose erhalten; Erwachen rasch; später gutes Befinden.

26. Fall. D. H., 40jähr. Mann. *Coxitis tuberculosa.* Untersuchung in Narkose; letztere rasch ohne Exzitation; rasches Erwachen; gutes Befinden.

27. Fall. D. H. (s. Fall 25) Einführung eines weichen Katheters in die Blase bei *Sectio media.* Anaesthesie rasch erzielt, keinerlei Erscheinungen hinterher.

28. Fall. D. H. (s. Fall 26) *Resectio coxae d.* Die Narkose tritt rasch ein ohne jede Exzitation; Reflex erloschen; Dauer 25 Minuten; Puls gut; Athmung regelmässig. Pat. macht den Eindruck eines ruhig Schlafenden, erwacht sofort nach Beendigung der Operation, kurz nach Aufhören der Einathmung, ist sofort vollkommen klar; keinerlei unangenehme Erscheinungen hinterher.

29. Fall. D. H., Mann zwischen 40 und 50 Jahren. *Brisement forcé* bei chron. Gonitis (*Arthritis deformans?*). Rapider Eintritt einer genügenden Narkose, sofortiges Erwachen: in 3½ Minuten war Alles gethan. Ausgezeichnetes Befinden hinterher.

30. Fall. Privat-Patient von Dr. Ferrer, 12jähriger Knabe. *Strabismus convergens* wurde am 21. Juli operirt. Patient ist etwas ängstlich; rascher und guter Eintritt der tiefen Narkose. Da die Inhalation ausgesetzt wird, tritt Reaktion ein. Nach zwei Athemzügen des Anaesthetikums weitere ungestörte tiefe Narkose; schläft sehr gut; aufgemuntert gehorcht er, ist aber sehr schläfrig, streckt sich und erwacht dann; fühlt etwas übel und hat zweimaliges ganz leichtes Erbrechen, steht auf, geht umher, ist aber immer noch schläfrig und bleibt so den Tag über.

31. Fall. Privat-Patient von Dr. Ferrer, 12jähriges Mädchen. *Strabismus converg.* wurde am 21. Juli operirt. Ganz exzitationsloser Eintritt der tiefen Narkose; völlig ungestörter Verlauf derselben. Patientin schläft schliesslich ruhig bei Wiederkehr der Reflexe; streckt sich, ist schläfrig, erwacht ohne das mindeste Uebelbefinden: hat Hunger; geht nach Hause und frühstückt. Verbrauch der Mischung (für beide Fälle zusammen) 6 Gramm.

32. Fall. D. H., 48jähr. Mann. *Resectio artic. talo-cruralis.* Narkose tritt rasch ein; nachher, da Patient kurz zuvor gegessen, Erbrechen; sonst gutes Befinden.

33. Fall. D. H., 41jähriger Mann. Schussverletzung des rechten Auges vor einiger Zeit: *Enucleatio Bulbi* (Dr. Ferrer). Ganz exzitationsloser Eintritt der Narkose, rasch. Völlig tief narkotisirt und sehr schön in Narkose erhalten während der ganzen Operation. Sofortiges Erwachen nach der Operation: einmaliges leichtes Würgen; Patient fühlt ganz vorzüglich, ist ganz bei sich, hat Nichts zu klagen. Puls während der Narkose sehr langsam. Keinerlei Nachwirkung.

34. Fall. Privat-Patient von Dr. F. Hund, junge Dame. Seit 4 Wochen *Periostitis suppurativa Maxillae inf.*, Inzision. Patientin athmet ruhig und schön, rascher Eintritt einer leichten Betäubung, genügend, um die Inzision völlig schmerzlos auszuführen. Nach der Narkose ist Patientin etwas erregt durch die erlebten Träume, fühlt sich aber "*so happy.*" Nicht die geringste Nachwirkung nach sofortigem Erwachen.

35. Fall. D. H., Mann zwischen 30 und 40 Jahren. Nekrose der 7., 8. und 9. Rippe nach Schussverletzung; *Resectio costarum.* Die Operation ist mühselig, Dauer 40 Minuten, ist durch fortdauernde Reflexe gestört. Nachher kein Erbrechen, kein Uebelbefinden, kein Kopfweh.

36. Fall. D. H., 7jähriger Knabe. Aufmeiselung des *Proc. mastoideus* durch Dr. Ferrer. Der kleine Bursche athmet ruhig, ohne sich irgend zu wehren, ist rasch narkotisirt; volle, tiefe, ungestörte Narkose; baldiges Erwachen ohne irgend übles Befinden hinterher.

37. Fall. Privat-Patient von Dr. Ferrer, 72jährige Frau. *Cataracta diabetica d., Iritis diabetica d.;* Kataraktextraktion. Patientin ist in hohem Grade kachektisch mit frequentem gespanntem Pulse. Langsam und mit Vorsicht narkotisirt, ruhiges Einschlafen ohne Spur von Exzitation; volle, tiefe Narkose. Nachdem der Schnitt bei völliger Reaktionslosigkeit der Kornea gemacht, tritt Reaktion der Kornea ein, da die Maske entfernt worden war. Nach abermaliger Einathmung von nur wenig Mischung in reaktionsloser Narkose; Operation vollendet. Sehr rasches Erwachen aus der Betäubung, dabei einmaliges Aufstossen von Luft; keine Uebelkeit, kein Erbrechen; auch nicht später: ganz vorzügliches Allgemeinbefinden nach der Operation; guter Schlaf Nachts.

Die Anzahl der Narkosen ist natürlich eine zu geringe, die Beobachtungen selbst nicht vollständig genug, um statistisch gültige Schlüsse daraus zu ziehen. Wenn wir aber den Gesammteindruck in's Auge fassen, so müssen wir sagen, dass wir viel Gutes in unseren Fällen gesehen haben. Eine eigentliche Exzitation wurde in keinem der 37 Fälle gesehen; die Patienten athmeten ohne Sträuben die Mischung ein; sie schienen durch Nichts belästigt. In einer ganzen Anzahl von Beobachtungen trat auffallend rasch Anaesthesie ein, wobei die Lidreflexe weiter bestanden, die Pupillen nicht verengt waren, die Patienten die Augen halboffen hatten und bewegten, die willkürlichen Muskeln nicht erschlafft waren, und wo doch höchst schmerzhafte Eingriffe ohne die geringste Empfindung und Reaktion ausgeführt werden konnten; dahin gehört die Untersuchung der Blase bei Cystitis in 2 Fällen, eine Anzahl von *Brisement forcé,* Untersuchung des entzündeten Hüftgelenks, 2 Inzisionen und Ausschabungen von Bubonen. Aus dieser Anaesthese erwachten die Patienten fast momentan nach dem Entfernen der Maske.

Unsere Narkosen betrafen vorwiegend Männer in mittleren Jahren, darunter einige *Potatores funditus,* die ebenso rasch und ohne Exzitation in Anaesthesie versetzt wurden.

In einer weiteren Anzahl wurde durch fortgesetztes Einathmen der Mischung eine volle, tiefe Narkose mit Erloschensein der Reflexe und Relaxation der willkürlichen Muskeln erreicht, wobei Kapitaloperationen ausgeführt werden konnten. Gegenüber der gewöhnlichen Chloroformnarkose wurde hierbei beobachtet, dass selbst aus tiefster Betäubung bei der Operation die Patienten bald erwachten und anfingen, sich zu bewegen, wenn die Maske entfernt worden war, dass also der Effekt des eingeathmeten Chloroforms ein rasch vorübergehender war; ebenso rasch aber gelang es dann, nach wenigen Athemzügen des Anaesthetikums wieder volle Narkose zu erzielen. Der Eintritt der tiefen Narkose war in der Regel viel rascher als bei der gewöhnlichen Chloroform-Anwendung.

In mehreren Fällen (21, 24, 35) bin ich mit der Narkose nicht zufrieden gewesen, da volle Toleranz nicht erzielt wurde: die Patienten bewegten sich und machten störende reflektorische Abwehrbewegungen. In diesen Fällen hatten wir entschieden zu früh mit der Operation begonnen im Vertrauen auf den sonst stets beobachteten sehr raschen Eintritt der Schmerzlosigkeit; die Patienten athmeten dann sehr schlecht, bekamen nicht genug Chloroform, wobei ich allerdings auch einen Theil des Nichterfolges auf mich nehmen muss: zwei der Patienten waren Potatoren, einer ein höchst kachektisches Individuum, dem ich nicht viel Chloroform zu geben wagte. Es sind das Fälle, die bei der gewöhnlichen Weise zu narkotisiren ebenfalls sehr unangenehm sind, bei welchen man, wenn man mit der Skinner'schen Maske chloroformirt, sehr leicht zu viel Chloroform giebt und dann plötzlich eine Asphyxie oder Synkope vor sich hat.

War bei Beendigung der Operation tiefe Narkose vorhanden, so trat nach kurzer Zeit an deren Stelle ein guter Schlaf bei Vorhandensein der Reflexe; wiederholt beobachteten wir dann ein Sich-Strecken der Patienten beim Erwachen aus diesem Schlafe, alle waren sofort bei vollem Verstande. Eine sehr grosse Anzahl der Narkotisirten, d. h. nahezu alle, hatte beim Erwachen aus der leichten wie aus der vollen Betäubung über Nichts zu klagen und waren ganz wohl hinterher. Mehrere bekamen leichtes Kopfweh, einige etwas Uebelkeit, 3 erbrachen ganz wenig.

Ich glaube, dass die Chloroform-Sauerstoff-Narkose durchaus empfehlenswerth zu chirurgischen Zwecken ist; für sehr viele Fälle reicht die unvollständige Narkose aus; will man und muss man bei der vorzunehmenden Operation vollkommene reflexlose Narkose haben, wie besonders bei Augenoperationen, so darf man in keinem Falle die Operation beginnen, bevor volle Betäubung eingetreten ist.

Ob, wie Neudörfer hofft, durch die Zumischung von Sauerstoff zum Chloroform die Gefahr des Chloroformtodes völlig beseitigt ist, das kann natürlich aus einer Beobachtungsreihe von 37 Fällen nicht entschieden werden. Die geringe Menge des verbrauchten Chloroforms, ferner das rasche Erwachen und geringe Affizirtsein des Allgemeinbefindens, Dinge, die wohl für eine schleunige Elimination des Chloroforms aus dem Körper sprechen, sind vielleicht als günstige Momente in dieser Hinsicht zu betrachten. Auf jeden Fall kann nur die praktische Erfahrung diese Frage erledigen, und es wäre gewiss wünschenswerth, wenn mehr Versuche mit dieser Narkose gemacht würden. Die zur Fabrikation des nöthigen Sauerstoffs verwendete Mühe wird reichlich entschädigt durch schöne Narkosen. Die Menge des von uns verbrauchten Sauerstoffs betrug *in maximo* bei 40 Minuten Operationsdauer 15 Gallonen.

Der anaesthetische Zustand bei Vorhandensein der Reflexe dürfte als ungefährlich bezeichnet und in diesen wohl ohne Anstand alle Individuen gebracht werden. Bei solchen Individuen aber, wie sie noch jüngst Dr. Gerster in New York in einem Vortrag vor der *N. Y. Academy of Medicine**) für ungeeignet zur Chloroformnarkose erklärt hat, nämlich Personen mit Herzschwäche aus irgend einer Ursache, mag es Fettherz, Anaemie oder Nervösität sein — bei solchen dürfte vor der Hand noch, bis die gänzliche Gefahrlosigkeit des Chloroform-Sauerstoffs durch eine lange Beobachtungsreihe erwiesen ist, zur Erzeugung einer tiefen, längeren Narkose Aether zu bevorzugen sein.

Wie für die allgemeine Chirurgie und Augenheilkunde, so ist Chloroform-Sauerstoff für die Gynäkologie und Geburtshilfe zu empfehlen, sowohl bei Operationen, wie besonders zur Erzeugung einer leichten Narkose bei schmerzhaften Wehen. Bis jetzt habe ich noch keine Gelegenheit gehabt, diese Anaesthesie bei einer Entbindung zu verwenden, kann also aus Erfahrung nicht urtheilen; allein nach dem, was wir bei unseren Patienten gesehen, glaube ich schliessen zu dürfen, dass es nicht immer nöthig sein wird, gegen schmerzhafte Wehen Chloroform-Sauerstoff dauernd einathmen zu lassen und die Frauen in kontinuirlicher Narkose zu halten, sondern es dürfte möglich sein, Schmerzlosigkeit für die Wehe zu erzielen durch Einathmen des Gemenges beim leisesten Anzeichen einer kommenden Uterus-Kontraktion, ähnlich wie bei Lachgas-Sauerstoff.

Auch die interne Medizin wird Nutzen von dieser Mischung ziehen können bei mancherlei krampfhaften Affektionen und Krankheiten, besonders der Respirationsorgane: Pleuritis, Pneumonie etc., wobei die gleichzeitige Inhalation von Sauerstoff nicht nur nicht schaden, sondern direkt nützen wird. Natürlich müsste in letzteren Fällen der Gehalt an Chloroform ein sehr geringer sein, auch dürfte dann eine Mischung halb Sauerstoff, halb atmosphärische Luft genügen.

Die ganze Frage ist noch neu, das Feld noch wenig bearbeitet und manche Perspektive eröffnet sich für ein gedeihliches Verwenden eines Gemenges von Sauerstoff mit einem Anaesthetikum; ebenso gut wie Chloroform müsste auch Aether zusammen mit Sauerstoff eingeathmet werden können, welch' letzteren Neudörfer allerdings wegen seiner grossen Diffusionsfähigkeit wohl mit Recht als Anaesthetikum weit unter Chloroform rangirt.

Meine Herren! Mit weiteren Spekulationen will ich Sie nicht belästigen; es war meine Absicht, Ihnen unsere Resultate vorzuführen mit der Hoffnung, dass auch Andere Versuche machen und sie veröffentlichen möchten.

732 Sutter Str.

Mit gutem Erfolge verwendete ich Acid Mannate in folgenden zwei Fällen. Der eine Patient litt seit 4 Jahren an Verstopfung. Die verschiedenartigsten Mittel verschafften ihm nie öfteren Stuhlgang als einen in 6—8 Tagen. Er nimmt jetzt Acid Mannate in kleinen täglichen Dosen mit bestem Erfolge. Der andere Fall betrifft eine Frau, welche in Folge von Uterus-Beschwerden an periodischen chronischen Kopfschmerzen litt. Acid Mannate hat bisher die Wirkung gehabt die Anfälle weniger häufig und weniger schmerzhaft zu machen.

Columbus, Kan. E. A. Scott, M. D.

---

*) The proper selection of Ether or Chloroform as an Anaesthetic, *N. Y. Med. Record*, April 13, 1887.

Intubation versus Tracheotomie.

Von Dr. C. E. Denhard, New York.

(Nach einem vor der *New York Medical Union* gehaltenen Vortrage.)

Die Intubation des Larynx ist verhältnissmässig noch so neu, dass es mir die Pflicht Derjenigen zu sein scheint, welche Gelegenheit gehabt haben, Erfahrungen über diese Operation zu sammeln, dieselben mitzutheilen und ihre diesbezüglichen Ansichten darzulegen. Denn nur so ist es möglich, ein richtiges Urtheil zu fällen und den Werth des neuen Verfahrens festzustellen. Von diesen Gesichtspunkten aus fühle ich mich veranlasst, Ihnen heute meine Erfahrungen über die Intubation mitzutheilen, welche ich gleich nach ihrer Wiedereinführung durch Dr. O'Dwyer auszuüben begonnen habe.

Mir scheint in Bezug auf die Intubation vor Allem daran festgehalten werden zu müssen, dass wir durch dieselbe alle die Schwierigkeiten und Gefahren, welche die Tracheotomie mit sich bringt, umgehen. Ich werde darum beide Operationen einander gegenüberstellen und dabei einerseits auf die Vortheile beider und andererseits auf ihre Nachtheile Bezug nehmen.

Alle Diejenigen von Ihnen, meine Herren, welche einigermaassen Gelegenheit gehabt haben, Erfahrungen über die Tracheotomie zu sammeln, wissen die mit dieser Operation verknüpften Gefahren sehr wohl zu würdigen. Sie wissen es nur zu gut, wie angreifend und aufreibend die Ausführung und namentlich die Nachbehandlung der Tracheotomie nur zu häufig ist. Wird der Patient gerettet, dann freilich wird der Arzt gepriesen und in den Himmel gehoben; stirbt aber der Patient, was ja weit häufiger der Fall ist, so denkt man bald nicht mehr an die Geschicklichkeit des Arztes und an die viele Zeit und Mühe, die er dem Patienten geopfert, sondern ist noch obendrein geneigt, den tödtlichen Ausgang dem Operateur zur Last zu legen anstatt der Krankheit.

Lassen Sie mich nun kurz die Situation skizziren in Bezug auf:

Tracheotomie.

Nachdem der Tisch hergerichtet und das Kind von einem Assistenten narkotisirt ist, beginnt der Operateur unter Assistenz eines zweiten Kollegen das Präpariren von der Oberfläche bis auf die Trachea. Dann wird letztere erfasst, eingeschnitten und die Kanüle eingeführt. Es ist die Tracheotomie durchaus keine leichte und einfache Operation. Sehr oft muss auch der erfahrenste Chirurg seine ganze Geschicklichkeit entwickeln und häufig gehört bedeutende Geistesgegenwart dazu, im gegebenen Augenblicke das Richtige zu thun. Selbst ein so kühner und erfahrener Chirurg wie Billroth bezeichnet die Tracheotomie bei Kindern als die schwierigste Operation, die er überhaupt je gemacht hat. Einen beinahe gleichlautenden Ausspruch hat Gross gethan. Was soll man im Hinblicke darauf von den Erfahrungen Derjenigen denken, welche die Tracheotomie für eine sehr einfache Operation erklären, wie dies in einem erst ganz kürzlich erschienenen Sammelwerke *) geschehen ist?

Aber selbst nachdem die Kanüle in die Luftröhre eingeführt ist, bleibt noch Vieles zu thun übrig. Das Leben des Patienten ist, wie sie wissen, so manchen Gefahren — offenen und versteckten — ausgesetzt, welche unerwartet schnell einen lethalen Ausgang herbeiführen können. Die

*) S. *International Encyclopedia of Surgery*; Vol. V, p. 717.

Nachbehandlung ist deshalb von grösster Wichtigkeit, wenn die Operation erfolgreich werden soll.

Die verschiedenen übelen Zufälle, welche nach der Tracheotomie den Croup-Patienten betreffen und die Genesung vereiteln können, theilt man am besten (nach J. Solis-Cohen) in zwei Gruppen ein.

Die erste Gruppe umfasst die durch den Verlauf der Krankheit selbst gesetzten ungünstigen Vorkommnisse.

Die zweite Gruppe umfasst alle durch die Operation verursachten Komplikationen.

Ad. 1. Hierzu gehören:

Nach unten fortschreitende Ausbreitung der falschen Membranen;
Allgemein-Infektion, i. e. Sepsis;
Lähmungen;
Nephritis;
Pneumonie und Bildung von Coagulis im Herzen.

Es ist selbstverständlich, dass alle diese Komplikationen auch nach Ausführung der Intubation vorkommen können.

Ad. 2. Hierzu gehören:

Blutungen und Nachblutungen sowohl aus durchschnittenen Gefässen, als auch in Folge von Ulzerationen, die durch den Druck der Kanüle erzeugt werden oder endlich auch aus granulösen Wucherungen;
Emphysem, lokales oder allgemeines;
Entzündung der Inzisionswunde;
Erysipelas;
Abszesse;
Gangrän;
Diphtherie der Wunde;
Ulzerationen in der Trachea;
Bronchitis und Pneumonie.

Aber noch andere Schwierigkeiten stellen sich dem praktischen Arzte entgegen, wenn er die Tracheotomie als letztes Rettungsmittel vorschlägt. Die Eltern scheuen sich sehr häufig davor, ihre Einwilligung zu geben; sie wollen das Kind lieber todt wissen, als dasselbe durch die Operation entstellt zu sehen.

Ferner macht die Narkose, welche in den meisten Fällen nöthig ist, oft ernstliche Unannehmlichkeiten.

Dasselbe gilt für die zur Operation unerlässliche Beleuchtung, da sehr oft des Nachts operirt werden muss.

Wie nach jeder blutigen Operation, hat man auch nach der Tracheotomie, abgesehen von dem Blutverluste, den gelegentlichen Eintritt von mitunter hochgradigem *Shock* zu befürchten.

Man hat ferner dafür zu sorgen, dass nach vollendeter Operation die durch die Kanüle eingeathmete Luft warm und feucht ist.

Die Röhre muss häufig gereinigt werden, wie denn überhaupt die Nachbehandlung in den Händen erfahrener Wärter liegen und vom Arzte häufig kontrollirt werden muss.

Es giebt endlich gewisse unangenehme Zwischenfälle, welche sowohl der Intubation, als wie der Tracheotomie eigen sind. Dazu gehört vor Allem die Gegenwart von reichlichen Exsudatmassen, welche dann mit der Kanüle weiter hinabgestossen werden und unter Umständen eine vollständige Okklusion des Lumens der Trachea herbeiführen. Diese letztere mag auch durch angetrocknete Schleimmassen geschehen und zwar muss man ohne Weiteres zugeben, dass dieser Umstand nach der

Intubation schwieriger zu bekämpfen ist, als nach der Tracheotomie. Das Gleiche gilt für die Schluckbeschwerden, die nach der Intubation ebenfalls viel ausgesprochener auftreten als wie nach der Tracheotomie.

Die Gefahr der Ulzeration durch Druck der Kanüle wiederum ist im Allgemeinen grösser nach der Tracheotomie; doch kann dies in besonders schweren Epidemieen auch nach der Intubation eine bedenkliche Komplikation bilden*).

Pneumonie tritt ebenso häufig nach der Tracheotomie, wie nach der Intubation auf.

Intubation.

Nach diesen allgemeinen Vergleichspunkten wollen wir die Intubation etwas genauer skizziren. Die Operation selbst wird bekanntlich in folgender Weise vorgenommen:

Das Kind wird in eine Decke fest eingerollt, so dass nur Kopf und Hals daraus hervorsehen; es wird dann vom Wärter auf den Schooss genommen und in aufrechter Stellung völlig fixirt. Ist das geschehen, so wird die Mundsperre eingeführt, welche der Wärter zugleich mit dem Kopfe zu halten hat. Dann wird unter Führung des linken Zeigefingers die mit einem Faden durchzogene Kanüle eingeführt; der Faden wird herausgezogen, die Mundsperre entfernt und das Kind athmet sofort völlig frei.

Die Operation is ohne Zweifel verhältnissmässig einfach, unblutig und kann nach kurzer Uebung sehr schnell vorgenommen werden.

Die Vortheile der Intubation gegenüber der Tracheotomie sind nun folgende:

1. Die Eltern sträuben sich nicht, ihre Einwilligung zu geben;
2. Die Narkose ist überflüssig;
3. Die Larynx-Stenose wird schneller und ebenso vollständig beseitigt;
4. *Shock* tritt nur äusserst selten und stets in sehr geringem Maasse ein;
5. Die durch die Anwesenheit der Kanüle gesetzte Irritation ist viel geringer; nur an der *Rima glottidis* und am Ende der Kanüle;
6. Die eingeathmete Luft ist warm und feucht und sind Lungen-Komplikationen deshalb viel weniger zu befürchten;
7. Das Verfahren ist unblutig; die Eltern scheuen sich nicht davor und die Gefahr einer Blutung ist völlig ausgeschlossen;
8. Die kurze Zeitdauer; ein geübter Chirurg kann die eigentliche Operation — i. e. die Einführnug der Kanüle — in wenigen Sekunden fertig bringen;
9. Die Expektoration ist sehr leicht; der Husten setzt ein, sowie die Kanüle im Kehlkopfe in Position ist. Schon die ersten Hustenstösse, welche einen charakteristischen metallisch-klingenden Ton haben, befördern häufig Membranfetzen und Abgüsse von Bronchialverzweigungen zu Tage. Und das geht so fort, indem mit dem Husten fortwährend Membranen in Stücken oder schon in Zerfall ausgeworfen werden;
10. Die Intubation setzt keine Operationswunde mit allen bei Wunden möglichen Komplikationen. Sie ist deshalb ungleich der Tracheotomie keine grössere Operation, sondern darf nur als eine mehr untergeordnete Manipulation gelten. Es handelt sich folglich dabei auch nicht um eine längere Rekonvaleszens. Und endlich fehlt, wenn Genesung eintritt, die entstellende Narbe.

*) S. Northrup: Pathological Anatomy of the respiratory tract after Death from laryngeal Diphtheria and Intubation. — *N. Y. Med. Record*, June 18th, 1887.

11. Die Nachbehandlung ist deshalb auch weniger anstrengend für den Arzt, ein Umstand, welchen diejenigen am besten würdigen können, die öfter Gelegenheit zur Tracheotomie gehabt haben;

12. Der kleine Patient kann sich mit der Intubations-Kanüle einigermaassen verständlich machen, was nach der Tracheotomie nahezu unmöglich ist;

13. Der Arzt kommt nicht in Versuchung, die Kanüle durch Ansaugen zu reinigen, eine Prozedur, durch welche verschiedene Kollegen in New York und den Nachbarstädten ihr Leben zum Opfer gebracht haben;

14. Die Operation erleidet nicht die Beschränkung in Bezug auf das Alter wie die Tracheotomie, welche bei sehr jungen Säuglingen nur selten Aussicht auf Erfolg bietet. Dr. Waxham*) hat 13 Kinder unter drei Jahren genesen sehen.

Die hauptsächlichsten Nachtheile, welche die Intubation bietet, sind folgende:

1. Es können beim Einführen der Kanüle Membranen in Larynx und Trachea hinabgestossen werden, so dass das Lumen völlig davon ausgefüllt wird. Um dieser Schwierigkeit zu begegnen, hat Dr. Waxham) einen besonderen Tracheal-Forceps anfertigen lassen, mittelst welchem die Membranen emporgezogen werden können; er berichtet einen Fall, in dem er denselben mit Erfolg anwendete. Dr. Wheeler‡) berichtet einen Fall, in welchem diese Komplikation zum Tode geführt hat. Dr. Caillé berichtet einen Fall, in welchem die sofortige Herausnahme der Kanüle von dem Aufhusten und Auswerfen der obstruirenden Membranen gefolgt war. Dr. Ferguson§) war gezwungen, ein Kind zu tracheotomisiren, nachdem dieser unangenehme Zwischenfall eingetreten war. Dr. F. Huber gab in einem solchen Falle reinen Kognak, um einen starken Hustenanfall hervorzurufen, während dessen dann Kanüle und Membranen ausgehustet wurden.

2. Die Kanüle kann durch eingetrockneten Schleim verstopft werden. Dieser Umstand ist bei Weitem nicht so gefährlich, als man nach Analogie der Tracheotomie denken sollte. Gewöhnlich genügt ein starker Hustenparoxysmus, um die ganze Anhäufung dieses Sekretes herauszubefördern.

Dies konnte ich vor Kurzem recht deutlich an einem Präparate demonstriren, das mir von Dr. Brothers vorgelegt wurde. Die Kanüle war völlig frei von jedwedem Sekrete, obgleich bei der Sektion Trachea und Bronchi überall einen starken Belag gezeigt hatten.

3. Das bedeutend erschwerte Schlucken mag die Ernährung des Kindes wesentlich beeinträchtigen.

Ich habe zufälligerweise die Entdeckung gemacht, dass, wenn man die Kanüle umgekehrt einführt — also mit dem Vorsprunge am oberen Rande nach vorn — dass dann die Schluckbeschwerden weit geringer wurden; diese Beobachtung ist seitdem von anderen Kollegen bestätigt worden.

Dr. Waxham hat ferner zu dem gleichen Zwecke das obere Ende der Kanüle kleiner herstellen und eine künstliche Epiglottis aus Gutta-Percha daran anbringen lassen. In ganz intraktabeln Fällen muss man

*) *Medical News;* January 1st, 1887.

‡) *N. Y. Med. Journal;* Feb. 26th, 1887.

§) *N. Y. Med. Journal;* March 5th, 1887.

das Kind entweder durch das Schlundrohr oder durch den Mastdarm ernähren.

4. Die Kanüle kann ausgehustet werden. Es ist schwer vorstellbar, dass dies jemals ernstliche Gefahr bedeuten kann. Man führt dann einfach eine Kanüle von etwas grösserem Kaliber ein und selbst wenn der Arzt nicht gleich zur Hand sein sollte, so wird die Stenose niemals drohend werden, da selbst eine nicht sehr lange Zeit im Larynx befindliche Röhre die Theile genügend erweitert hat, um einen gewissen Athmungsraum zu schaffen.

5. Die Kanüle verursacht Ulzerationen; dies kommt erfahrungsgemäss nur ganz ausnahmsweise vor.

6. Die Entstehung von „Schluck-Pneumonie" durch Aspiration von Speisen und Getränken. Diese Gefahr ist eine imaginäre, indem bis jetzt noch durch keine Sektion diese Entstehungsweise der Pneumonie in Fällen von Intubation erwiesen oder bestätigt worden ist. Dr. Northrup sagt darüber in der oben zitirten Arbeit:

„Trotz Allem, was in dieser Beziehung vermuthet worden ist, ist es „mir bis jetzt noch nie möglich gewesen, mich davon zu überzeugen, „dass wirklich Milch oder irgend welche andere Speise in die Bronchi„olen und Alveolen eines eine Larynx-Kanüle tragenden Patienten ein„gedrungen sind."

Es scheint daher, dass dieser Nachtheil der Intubation als theoretische Spekulation zu betrachten ist, ohne jedwede reale Basis.

Beim Vergleiche dieser soeben skizzirten Vortheile und Nachtheile beider Operationen dürfte sich meiner Meinung nach doch ergeben, dass die Intubation der Tracheotomie bei Weitem vorzuziehen ist. Dies wird auch von der Statistik der Operation bestätigt, insofern dieselbe mindestens ebenso viel Genesungen aufzeigt als die Tracheotomie in einer gleichen Anzahl Fälle. Dr. Ingals*) hat z. B. gefunden, dass unter 514 Fällen von Intubation in 134 Genesung eintrat, also mehr als 26 Prozent. In der Privatpraxis ausschliesslich stellen sich die Resultate noch besser; so hat Dr. F. Huber von seinen 47 Fällen 20 genesen sehen — also etwas mehr als 42 Prozent.

Meine eigene Erfahrung in Bezug auf beide Operationen ist die folgende:

Von 34 Tracheotomie-Fällen genasen 15, ein ausnahmsweise hoher Prozentsatz (47 Prozent). Doch ist dabei zu berücksichtigen, dass, mit Ausnahme eines einzigen Kindes von 2½ Jahren, in allen Fällen die genesenden Kinder über 3 Jahre alt waren.

Von 27 Intubations-Fällen genasen nur 13 (deren einer gegenwärtig noch die Kanüle trägt), also zirka 50 Prozent. Das Alter der Kinder, welche genasen, rangirt von 13 Monaten bis zu 5 Jahren.

Zum Schlusse möchte ich die feste Ueberzeugung aussprechen, dass die Intubation eine grosse Zukunft hat, ja dass die Zeit nicht allzu ferne ist, in welcher dieselbe ihre ältere Rivalin, die Tracheotomie, vollständig verdrängt haben wird.

Die U. S. Circuit Court, Eastern District of Pennsylvania, hat in dem von Battle & Co. gegen D. H. Gross & Son eingeleiteten Verfahren am 26. Juli 1887 dahin entschieden, dass Battle & Co. in St. Louis, Mo., das alleinige Recht zur Fabrikation und zum Verkaufe von „Bromidia" haben.

---

*) *N. Y. Medical Record;* June 4th, 1887.

Dr. Caillé's Einleitung zur Diskussion der Aetiologie und Therapie der Cholera Infantum.

Die diarrhoealen Krankheiten, welche der Arzt in der Grosstadt speziell in den Sommermonaten zu behandeln hat, lassen sich in übersichtlicher Weise in vier Gruppen eintheilen.

1. Der dyspeptische Magendarmkatarrh.
   (*Dyspepsia gastrica et intestinalis* der Säuglinge und älterer Kinder. *Simple non-inflammatory diarrhœa.—Febrile and non-febrile gastric catarrh. — Status gastricus.*)
2. Der akute Brechdurchfall.
   (*Cholera infantum. — Summer complaint. — Choleraic diarrhœa.*)
3. Enteritis follicularis acuta, subacuta et chronica.
   (*Gastro-Enteritis, Enterocolitis, Inflammatory diarrhœa.*)
4. Atrophie der Säuglinge.
   (*Infantile atrophy.*)

Diese vier Gruppen zeigen klinisch und pathologisch-anatomisch einen ununterbrochenen Zusammenhang von der einfachen dyspeptischen Diarrhoe bis zur Darmatrophie und es ist ein Leichtes, für jedes Uebergangsstadium Belege zu finden. Insbesondere kann bei Kindern unter ungünstigen Temperatur- und Ernährungsverhältnissen jeder Magendarmkatarrh zu einem perniziösen Brechdurchfall avanciren. Von allgemeinem Belang für die Entstehung der diarrhoealen Krankheiten gelten tellurische und atmosphärische Einflüsse, doch wissen wir darüber nichts Bestimmtes; ferner Kleidung, Wohnung, Ernährung und wahrscheinlich Infektion. Die meisten diarrhoealen Krankheiten kommen im Alter von 1—2 Jahren vor, und bei beiden Geschlechtern gleich häufig.

Nach diesen einleitenden Daten wenden wir uns nun zur Aetiologie und Therapie der zweiten Gruppe unserer Eintheilung, der *Cholera Infantum.*

Aetiologisch steht fest, dass Päppelkinder ungleich häufiger befallen werden als Säuglinge, wenn sie gute Muttermilch bekommen. Ist aber die Krankheit einmal ausgebrochen, so sind Brustkinder fast ebenso in Gefahr wie andere.

Ein wichtiges Moment ist der Uebergang von der Brust zu anderer Nahrung, die Ablaktation.

Alle Beobachter sind einig, dass die *Cholera infantum* in Folge verdorbener Nahrung auftritt, dass also intensive Gährungsvorgänge in erster Linie anzuklagen sind.

Verdorbene Milch ist hauptsächlich schädlich. Nach Brieger kommen in den ersten Stadien der Eiweissfäulniss Ptomaine (Peptotoxin) vor. Der Name Tyrotoxicon wurde letzthin vorgeschlagen für ein derartiges Milchgift.

Es steht fest, dass hohe Lufttemperatur die Neigungen zur Gährungsdyspepsie steigert. Die von der Temperatursteigerung ausgehende Schädlichkeit muss eine Summirung erfahren und wirkt dann plötzlich deletär (Baginsky).

Ein infektiöses Moment ist wahrscheinlich, aber nicht mit voller Sicherheit dargethan. Nach Henoch wurden milzbrandähnliche Fadenpilze im Darmgewebe, submukösen Gewebe, Chylusgefässen und Mesenterialdrüsen nachgewiesen. Baginsky spricht von Bazillen eigener Entdeckung wie folgt:

„Ihr kolossal zahlreiches Auftreten im Stuhlgang bei initialem Darmkatarrh und ihr Wiedererscheinen in der Darmwand ist so ätiologisch belastend für diese kleinsten, stäbchenförmigen Gebilde, dass ich dahin neige, ihnen einen wesentlichen Antheil in der Erzeugung der Krankheit beizulegen!"

Die Bazillen von Pinkler und Prior in Fällen von *Cholera Nostras* verdienen erwähnt zu werden, und in neuester Zeit hat Escherich in München Darmpilze von kranken Kindern genommen, sie gezüchtet, und angeblich durch Inokulation heftige Diarrhöe erzeugt. Für Infektion sprechen ferner die endemisch im Winter beobachteten Fälle in überfüllten Krankenzimmern, und in schlecht ventilirten, lichtarmen und feuchten Kellerwohnungen. (Epstein, *Prager Med. Wochenschr.*, 1881, No. 33.)

Das Krankenbild des akuten Brechdurchfalls ist etwa folgendes: Diarrhöe mit wenig Schmerz, meist ohne Fieber, gelegentlich sehr hohe Temperatur. Die Erscheinungen sind oft stürmisch, die Stühle wässerig mit konstantem Erbrechen, grosse Mattigkeit, blasse, kühle Haut, Einsinken der Augen, kühle Hände und Füsse, kleiner frequenter Puls, schwache Stimme, leichte Zyanose in Folge von Herzschwäche, zuerst Unruhe, dann Apathie, trockene Zunge, grosser Durst. Die Stühle werden farblos, gelegentlich findet man Blutspuren, unter dem Mikroskop Epithel und Bakterien. Die Fontanelle zeigt sich eingesunken. Man beobachtet einen dunkeln Schatten am untern Augenlid. Die Hornhaut verliert ihren Glanz. Die Kinder sind somnolent bei halbgeschlossenen Augen. Man bezeichnet diesen Zustand als *Hydrocephaloid;* die welke Hautbeschaffenheit als *Sklerem.* Mitunter hören die Entleerungen ganz auf, ohne dass der Kollaps sich aufhalten lässt. Nach überstandener Krankheit leiden viele Kinder an chronischem Darmkatarrh, was für eine intensive Reizung der Darmmukosa spricht. Bei der Sektion findet man nichts charakteristisches.

T h e r a p i e : Es gibt keine spezifische Therapie der *Cholera infantum.* Von besonderer Wichtigkeit ist die Prophylaxis. Der wohlmeinende Arzt kann durch Belehrung in den Kreisen, in welchen er Einfluss hat, mehr Kindercholera verhüten, als heilen. Kurzgefasste, gedruckte Maassregeln über die Pflege und Ernährung der Kinder sollten alle Hausärzte sich anschaffen und unter ihren Patienten vertheilen, und jeder sollte mit Energie dem Volksaberglauben entgegentreten, dass Brechdurchfall, Husten u. dgl., mehr eine normale Begleitserscheinung des Zahnens sei. Die öffentliche Belehrung des Volkes auf hygienischem Gebiet und in leichtfasslicher Manier ist die Pflicht der Gesundheitsbehörden und in *Dispensaries* und ambulanten Kliniken sollte die Armen-Bevölkerung immer und immer wieder zu hören bekommen, dass Initialsymptome behandelt werden müssen und dass eine rationelle Ernährung der Kinder deren Gesundheit bedingt.

A. Jacobi sagt: „Etwa 40 bis 60 Prozent aller Todesfälle unter einem Jahr sind die Folgen von Krankheiten der Verdauungswege durch unzweckmässige Ernährung, somit ist die Diätetik des kindlichen Alters vorzugsweise Diätetik der Verdauungsorgane." Kinder, welche an der Brust gedeihen sollen, dürfen nicht überfüttert werden. Mütter, die ihre Kinder säugen, müssen darauf achten, dass sie selbst zweckmässige Nahrung zu sich nehmen. Schlechtes Bier verursacht bei Erwachsenen auch Gastricismus.

Kinder sollten öfters klares Wasser zu trinken bekommen. Man stillt dadurch ihren Durst und vermeidet in gewisser Beziehung eine Ueberfütterung.

Kinder, die künstlich ernährt werden, brauchen viel Pflege, wenn sie gedeihen sollen. Bei der Wahl der Nahrung muss man individualisiren. Milch mit Schleim, etwas Zucker, Salz, und wohl auch Kalkwasser passt für die Mehrzahl der Fälle. Die Milch sollte abgekocht und verkorkt in Flaschen in dem Eisschrank aufbewahrt werden. Auf Reinlichkeit der Saugpfropfen ist stets zu achten.

Spezielle Therapie: Bei *Status gastricus* mit Neigung zu Diarrhöe wird man sich bemühen, durch zeitweise Entziehung der Nahrung, besonders der Kuhmilch, das Gleichgewicht wiederherzustellen. „Kuhmilchgenuss und Durchfall vertragen sich nicht," sagt A. Jacobi in seinen Aphorismen. So lange die Zunge belegt ist, muss strenge Diät eingehalten werden. Man gebe den Kindern kühles Wasser und Graupenschleim zu trinken und bringe sie in die frische Luft. Calomel 0,3 und Saccharum 0,2 wird von den Kindern gern genommen, wenn man es einfach auf die Zunge schüttet. Fünf bis sechs solcher Pulver, in Zwischenräumen von einer Stunde gegeben, ist für dieses Stadium der Erkrankung eine sehr verlässliche Ordination. Ueber die von Ebstein und neuerdings Lorey empfohlene Ausspülung des Magens bei dyspeptischen Zuständen der Säuglinge habe ich bis jetzt noch keine Erfahrungen gesammelt. (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* XXVI. No. 1.)

Ein lauwarmes Bad ist jederzeit eine Wohlthat für ein Kind. Bei sehr heissem Wetter soll man ein Kind 2 Mal in 24 Stunden baden. Wenn die Zunge 24 Stunden nach Anwendung von Calomel noch belegt ist, so sind einige Gaben *Acid. Muriat. Dilut.* indizirt mit oder ohne Pepsin — oder Salzsäure mit Opium. Statt Calomel kann man auch *Magnesia cum Rheo* geben.

Die Therapie des Cholera-Anfalles hat 3 Indikationen zu erfüllen:

I. Antifermentative Ordination.

II. Ruhestellung des *Tractus intestinalis.*

III. Bei Kollaps exzitirende Medikation.

Es würde zu weit führen alle die Medikamente namhaft zu machen, welche gegen den Cholera-Anfall in's Feld gerückt werden. Ich werde daher nur diejenige Therapie namhaft machen, welcher ich nach meiner eigenen 10-jährigen Erfahrung im *Deutschen Dispensary* und der Privat-Praxis am meisten Vertrauen entgegenbringe.

Ruhe für den Patient. — Strenge Diät. — Stundenlang nichts als Eis zu Schnee geschlagen, mit Kognak. — Eis in ein Läppchen gebunden wird von den hülflosen kleinen Patienten gern im Munde gehalten. — Kalter Thee, Kalkwasser, Brodwasser.

Von Arzneien gebe ich am liebsten:

℞ *Bismuth Sub. Carb.* 4,0
Aquae Cinnamomi 60,0
Tinct. Opii gtt. II

S. 1- bis 2stündl. einen Theel.

oder

℞ *Argent. Nitr.* 0,12
Aquae 60,0

S. 1- bis 2stündl. einen Theel.

oder

℞ *Natr. Benzoici* 4,0
Aquae 50,0
Syrupi 10,0

S. 1- bis 2stündl. einen Theel.

oder

℞ *Acidi Carbol.* gtts II–IV
Mucil. gi Arab. 60,0
S. 1- bis 2stündl. einen Theel.

Resorzin habe ich öfters gegeben; doch konnte ich mich nicht überzeugen, dass ich damit mehr erreichte als durch die vorher angeführten Mittel. Ich vermeide wo immer möglich den Zusatz von Syrup zu einer Medizin und lasse *Opium weg*, wenn die Kinder sich ruhig verhalten und scheinbar keine Schmerzen haben.

Mit minimalen Dosen Opium habe ich meiner Ueberzeugung nach in Fällen, in denen die kleinen Patienten durch Winseln, Schreien und Umherwerfen ihre Schmerzen äusserten, kein Unheil angerichtet.

Hydropathische Umschläge um den Leib üben ebenfalls eine beruhigende Wirkung aus.

Ein warmes Senfbad wirkt bei beginnenden Kollaps exzitirend. Gegen unstillbares Erbrechen hat mir Chloral-Hydrat und Bromkali oder *Tinct. Iodi* in *Aquae Meurhae* gute Dienste geleistet.

Von ausserordentlich günstiger Wirkung ist eine Luftveränderung; selbst Kinder mit ausgesprochenen Kollaps-Symptomen können sich vollkommen erholen, wenn sie in die frische Luft gebracht werden und längere Zeit darin verweilen.

Eine Ausspülung vom Rektum aus mit reichlichen Mengen lauwarmen Wassers auch mit Zusatz von Salicyl-Säure habe ich in der Privat-Praxis einige Male mit Erfolg angewendet.

Für das Dispensary-Publikum eignet sich diese Maassregel nicht. Exzitantien dürfen nicht zu spät verordnet werden.

Camphor et Acid Benzoic.	Camphor et Pulv. Doveri.	Camphor Aether Subkutan.

oder Caffeïn,
" Aether Subkutan. Sind unentbehrlich.

Im *Dispensary* wird man überhaupt gut thun nebst der antifermentativen Arznei, Campher etc. zu verordnen, mit der Weisung nach Verbrauch der Ersten das Letztere zu geben, da man die Patienten nicht oft genug zu Gesicht bekommt. In den Fällen in welchen Campher sofort erbrochen wird, ist die subkutane Medikation von höchster Bedeutung.

Hat sich ein Kind einigermaassen erholt, so ist es wichtig dass eine geeignete Diät für mehrere Tage und oft für viele Tage eingehalten werde. Ich habe es praktisch gefunden eine Diätkarte drucken zu lassen, welche ich im Hause der Patienten zurücklasse mit der Anordnung nur das zu geben was nicht durchgestrichen ist.

Man vermeidet auf diese Weise Missverständnisse und die lästige Repetition von Fragen von Seiten ängstlicher Mütter und Pflegerinnen.

Nach überstandenem akuten Anfall laboriren viele Kinder noch längere Zeit an Darmkatarrh. Für dieses Stadium passen die Adstringentien. Tanninpräparate *Plumbum Aceticum*, mit oder ohne Opium und die Eingiessungen in den Darm.

Bei marantischen Kindern, welche nach überstandener Sommer-Cholera und Rückkehr zu passender Nahrung nicht zunehmen in Folge hochgradiger Verdauungsschwäche, habe ich durch Anwendung des

Peptogenic Milkpowder in einer Reihe von Fällen eine so prompte und befriedigende Besserung beobachten können, dass ich es für meine Pflicht halte, auf dieses Präparat diejenigen aufmerksam zu machen, welche es nicht kennen, umsomehr da seine Zusammensetzung nicht geheim gehalten wird.

Fleisch-Peptone werden oft mit Erfolg angewendet. Carnick's *Soluble Food* wird ebenfalls empfohlen. Ich habe mir sagen lassen, dass dieses Surrogat hauptsächlich aus Malz-Extrakt und *Condensed Milk* besteht, doch weiss ich aus eigener Erfahrung nichts über seinen Werth als Nahrung.

REFERATE.

Innere Medizin und Pathologie.

Ueber die Ernährung mit Pepton- und Eierklystiren. Von C. A. Ewald. — *Zeitschrift für klin. Medizin*, Bd. XII. S. 407. 1887.

Ewald überzeugte sich zuerst, dass die Untersuchungen nicht in eintägigen Perioden gemacht werden konnten. Dann machte er an einem dazu geeigneten Individuum der städtischen Frauen-Siechenanstalt in Berlin jeweils mehrtägige Versuche mit folgenden Substanzen: Milch, Kemmerich'sche Pepton, Merck'sches Pepton (Kaseïnpepton), Eier peptonisirte Eier.

Alle für Stoffwechselverluste geltenden Regeln wurden beobachtet, Es wurde bestimmt der N-Ansatz und der N-Umsatz. Es ergaben sich Verschiedenheiten in der Werthigkeit der angewendeten Substanzen. Doch mussten noch weitere Versuche angestellt werden, um eine zuverlässige Reihenfolge aufstellen zu können. Hingegen ergab sich folgendes:

„Von hohem Interesse ist die Thatsache, dass die Eierklysmata, präparirt und nicht präparirt, nicht nur ebenso prompt wie die käuflichen Peptone resorbirt werden, sondern auch einen erheblichen, den Peptonen durchaus an die Seite zu stellenden Ansatz bewirken können."

Damit aber ist die Anwendung von Peptonklystiren überflüssig.

Als Nährklystir pflegt Ewald darum mit Vorliebe ein Gemisch von Eiern, Rothwein und einer 10—20-proz. Traubenzuckerlösung zu geben. Die Menge eines Klysmas überschreite nicht einen Viertel-Liter; doch kann man mehrere Klystire an einem Tage geben. Stets soll vor dem ersten Eierklystir ein Reinigungsklystir von zirka 150 ccm. Wasser gegeben werden. E. Tiegel.

Ueber Quillajasäure; ein Beitrag zur Kenntniss der Saponingruppe, von Prof. R. Kobert. — *Arch. f. experiment. Pathol.* Bd. 23. S. 233. 1887.

Der Quillajabaum wächst in Chili. Seine Rinde kommt als „Waschholz" oder als „Panamarinde" in den Handel. Alles im Handel vorkommende Saponin wird gegenwärtig aus dieser Rinde dargestellt. Darstellungsmoden und Eigenschaften des Saponin des Handels sind aber so verschieden, dass das Saponin verschiedener Autoren kein einheitlicher Körper ist. Namentlich sind einige Präparate sehr giftig, andere und gerade die, welche man als rein ansieht, nicht.

Kobert hat nun die Quillajasäure, ein heftiges Gift, chemisch

rein dargestellt. Sie ist N.-frei. Sie selbst und ihre Alkalisalze lösen sich in Wasser. In Methylalkohol ist nur die reine Säure löslich. In wässerigen Lösungen schäumt die Säure und ihre Alkalisalze, gerade wie das Saponin des Handels. Unlösliche Pulver werden in Suspension gehalten. In den Lösungen bilden sich sehr leicht Pilze. Die Formel derjenigen Substanz, die man bis jetzt als reinstes Saponin betrachtete, und die nicht giftig ist, ist mit der Formel der sehr giftigen Quillajasäure identisch. K. sieht das Saponin als eine unwirksame Modifikation der Quillajasäure an.

Diese Säure und ihre Salze erregen in minimalen Mengen bei jeweiliger Applikation Niesen; auf der Zunge Kratzen; im Rachen Räuspern und Ekel; im Kehlkopf konvulsivischen Husten; im Auge Schmerz, Thränenfluss, Oedem der Lider, Eiter auf der Konjunktiva und wirkliche Leukome; auf der intakten Haut Röthung, Jucken, Brennen, Pustelausschlag; auf der verletzten Haut Eiterung. Ueberlebende Froschgewebe sterben in Lösungen von 0,6 Proz. rasch ab. Muskeln verlieren die Querstreifung. Nervenscheiden trüben sich, der Axencylinder gerinnt. Ein Theil auf 100,000 Blut macht dasselbe lackfarben.

Das quillajasaure Natron ist ein Protoplasmagift, welches die verschiedenen Gewebe des Körpers bei defektem Kontakt selbst in nur ½ prozentiger Lösung in ihrer Vitalität schädigt.

Ueber die Wirkung des *Natron quillajinicum* im Blut von Hunden, Kaninchen und Katzen giebt K. eine ausführliche Tabelle. Sämmtliche Fälle zerfallen in 3 Gruppen, in solche mit übermässigen, rasch tödtenden Dosen, in Fälle mit kleineren aber immer tödtlichen Dosen und endlich in kleinste erst nach langer Zeit tödtlichen Dosen. Bei der ersten Gruppe war der mikroskopische Sektionsbefund allemal negativ. Auf denselben namentlich der Nerven einzugehen hält sich K. nicht für Fachmann genug. Der Tod erfolgte in diesen Fällen unter sehr heftigen allgemeinen Krämpfen durch Lähmung des Gehirns und zunächst der Respiration. Künstliche Athmung verzögerte den Tod niemals. Bei anderen geringeren aber doch noch übermässigen Dosen fanden sich starke Veränderungen im oberen und im unteren Ende des Dünndarms oder auch im ganzen (Dick- und Dünn-) Darm und Magenfundus. Die Art der Erkrankung vergleicht K. mit der der rothen Ruhr, zuerst starke Hyperamis, dann Petechien, namentlich auf der Höhe der Falten. Verdickung der Mucosa um das 4—5-fache. Später Blutaustritte auf die Oberfläche. Dann ist der ganze Darm mit Schleim überzogen, der viel Epithelien und rothe Blutkörperchen enthält. Die Schleimhaut selbst erscheint mazerirt. Untersucht man den Gefässinhalt der Zotten so ist derselbe eine gelbrothe Masse. Nur an der Spitze der Zotten ist er weiss — nach von Reckinghausen wahres Hyalin. Das aus den Gefässen des noch lebenden Thieres entnommene Blut erstarrt an der Luft zu einem Brei von Hämoglobinkrystallen. Lebt das Thier noch länger, dann wird die ganze Darmwand ödematös, die Oberfläche stösst sich in nekrotischen und hyalinen Fetzen ab. In der Oedemflüssigkeit sind Blutfarbstoffe und Fibrinfäden. Im Dickdarm sind die Follikel als weisse Punkte von linsengrossen und grösseren blutrothen prominenten Höfen umgeben. Das Oedem kann sich auf Gallengang und Gallenblase fortsetzen. Dieselben Veränderungen zeigten ausnahmsweise Harnblase und Nierenbecken. Auch wenn dies nicht der Fall, war der Harn eiweiss- und blutfarbstoffhaltig. In den Nieren fand man hämoglobinfarbene Ausgüsse der gewundenen

Harnkanäle und der Sammelröhren. Die Leber war vergrössert und hyperämisch. Intima des Herzens, namentlich die Klappen entzündet. Skelettmuskeln und auch Herzmuskel zeigten nichts Besonderes. In letzterer Beziehung unterscheidet sich die Quillajasäure auffallend von anderen Giften der Saponingruppe.

Ist die Giftmenge eine nur geringe, dann kann der Tod ohne Darmerscheinungen eintreten. Die Thiere brechen, werden matt, steif, komatös und unter Krampferscheinungen tritt der Tod ein. Eine 2800 g. schwere Katze lebte nach Vergiftung mit 3 mg. noch 125 Stunden. Kein Alkaloid und kein Glycosid ist im Stande so langsam zu tödten. In dieser Beziehung gleicht die Quillajasäure den schweren Metallgiften. Dabei beträgt die minimale Todesdose noch nicht ein Millionstel des Körpergewichts vom Versuchsthier.

Ein besonderer Versuch, bei dem Blutkörperchenzählungeu vorgenommen worden, zeigte, dass Blutkörperchen wohl aufgelöst werden können, ohne dass es zu Darmveränderungen kommt. Letztere sind also nicht auf erstere zurückzuführen.

Ueber den Verbleib des Giftes im Organismus oder über seine Veränderungen konnte nichts festgestellt werden. Im Harne ist es nie. Wahrscheinlich verweilt es, da es sehr schwer diffundirt, lange im Blut.

Ueber die Wirkungen des *Natron quillajinicum* bei Einfuhr in den Magen wurde konstrtirt, dass bei intaktem Epithelüberzug des Verdauungsschlauches die 500-fache Dose von der, welche vom Blut aus tödtet, vom Darmkanal aus vertragen wird, ohne ernste Störungen hervorzurufen.

Die Wirkung des *Natron quillajinicum* bei subkutaner Applikation ergab bei Fröschen bei sehr hohen Dosen ein rasches Aufhören der Willkürbewegungen, dann Aufhören der Reflexerregbarkeit und zuletzt Herzlähmung. Die Muskelstarre trat häufig erst 24 Stunden nach dem Tode ein. Während dieser Zeit liess sich die Erscheinung der ideomuskulären Kontraktion sehr ausgesprochen hervorrufen. Bei Warmblütern machen subkutane Einspritzungen des Giftes enorme Schmerzen mit lokaler oft hämorrhagischer Entzündung. Die Resorption des Giftes geschieht langsam. Dementsprechend treten Allgemeinsymptome und Tod spät ein.

Wird die Quillajasäure einer ähnlichen chemischen Behandlung (Kochen mit Baryt) unterworfen, wie man sie zur Reindarstellung des Saponin braucht, dann verliert sie vollkommen ihre Giftigkeit.

Pharmakotherapentische Untersuchungen verspricht der fleissige Verfasser später mittheilen zu wollen. E. Tiegel.

Dr. A. Jacobi. — Note on Papoid.— Sitzung der *Medical Society of New York.* Feb. 2d, 1886.

Der Stamm und die Frucht des südamerikanischen Melonenbaumes (*Carica Papaya*) enthalten einen rasch koagulirenden Saft. Das Verdauungs-Ferment, „Papoid“ genannt, wird durch Behandlung des Saftes mit Alkohol gewonnen. Es verdaut 1000—2000 Theile angefeuchteten Fibrins in warmem oder kaltem Zustande. Muskelgewebe werden in einer 5-prozentigen Lösung in einer halben Stunde weich. Die Schleimhaut wird so wenig angegriffen, dass Hunde und Kaninchen 30—75 Gran nehmen könnten, ohne irgendwelche Symptome zu zeigen. Bei der therapeutischen Anwendung von Papoid ist zu berücksichtigen: dass es innerlich genommen unschädlich, sobald Natron angewendet, gefährlich, und dass Injektionen in das Blut auf das Herz und das Nervensystem paralysirend wirken.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse.

Ein Monats-Blatt
gewidmet den
Interessen der Deutsch-Amerikanischen Aerzte.
Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Redaktion und Administration:
No. 23 Vandewater St., New York.

Preis: - - - - - $2.50 per annum, bei Vórausbezahlung.

The "New Yorker Medizinische Presse" is the ONLY Medical Journal in America printed in the German language. It commends itself as an advertising medium. Rates will be sent on application.
Address all communications and payments to the

CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.,
17—27 Vandewater St., New York.

Zur gefl. Beachtung.

Mit Schluss dieses (des 3.) Bandes der "Presse" wird eine Erweiterung des Blattes eintreten. Das Format wird vergrössert und der Inhalt ein vielseitigerer werden. Wir können es uns nicht versagen, dies unseren Freunden schon jetzt mitzutheilen. Indem wir ihnen für die uns bisher gewährte Unterstützung danken und sie bitten, uns ihre freundliche Gesinnung auch in der Zukunft zu bewahren, zeichnen wir Hochachtungsvoll

Die Herausgeber.

Der neunte internationale medizinische Kongress.

Die Zusammenkunft von Aerzten aller zivilisirten Nationen ist schon seit einigen Wochen vorüber, wenn unseren Lesern diese Zeilen zu Gesicht kommen. Das Urtheil über den Kongress ist dann schon gesprochen und wir können dem, was sie darüber gehört und gelesen haben, wenig hinzuzufügen.

Soviel ist sicher, dass der Kongress als internationaler wenig mehr als ein Fehlschlag war, indem im Vergleiche gegen die vorhergegangenen Kongresse die Zahl der auswärtigen Theilnehmer eine sehr geringe war. Unseren Lesern ist aber auch sehr wohl erinnerlich, dass daran die grosse Entfernung die geringste Schuld hat; die bedauerlichen Zwistigkeiten, welche von gewisser Seite ganz unnützer Weise inaugurirt wurden, tragen, wie unsere Leser bereits wissen, die Hauptschuld. Obgleich wir in Bezug auf die unglückliche Frage des *Code of Ethics* nicht mit denen sympathisiren können, die so schnöde aus dem vom achten internationalen Kongresse ernannten Kommittee hinausgebissen worden sind, so haben wir dieses Vorgehen der *Old Coders* doch stets für unrecht gehalten. Wie nöthig es aber gewesen wäre, gerade diese Männer nicht von den schwierigen Vorarbeiten zum

Kongresse auszuschliessen, das hat der Zustand bewiesen, in welchem alles Beiwerk zum Kongresse sich befand.

An anderer Stelle finden unsere Leser ein kurzes Resumé der Eindrücke, welche in dieser Beziehung ein hiesiger Kollege bei seinem Aufenthalt in Washington empfangen hat; und dieselben sind durchaus nicht so Grau in Grau gemalt, wie dies von mancher anderen Seite geschehen ist. Es genügt eben nicht, dass man in die Posaune stösst und aller Welt verkündet, was man thut und was man gethan hat; auch die gegenseitige Lobpreisung nach geschehener That (?) kann das traurige Chaos nicht verdecken, in welchem sich Alles befand, was sich nicht auf die (in unpassenden und entlegenen Räumlichkeiten) abgehaltenen Versammlungen bezog. Und wie hätte dies Alles so ganz anders sein können, wenn man erstens von vorn herein eine andere Stadt zur Versammlung gewählt und dann nicht die Intriguen im Kommittee in Szene gesetzt hätte. Doch das war ja vorauszusehen und man kann sich nur wundern, dass die auswärtigen Besucher nicht ausgesprochener ihrer Unzufriedenheit Ausdruck gegeben haben.

Endlich ist nicht zu leugnen, dass auch in wissenschaftlicher Beziehung der Kongress im Verhältnisse zu Dem, was geboten wurde, herzlich wenig geleistet hat. Es ist schwer, auch nur eine wirklich Epoche machende Errungenschaft aufzuweisen, was nicht Wunder nimmt, wenn man bedenkt, dass die Zahl der wirklich bedeutenden Mediziner, welche von hier und von draussen anwesend waren, keine grosse war. Dazu kam noch der Umstand, dass die meisten amerikanischen Aerzte nur Englisch verstehen und so wird es erklärlich, dass in den Sektionssitzungen manchmal keine 20 Mitglieder anwesend waren.

Hoffen wir, dass im Jahre 1906 der 14. Kongress in New York tagen wird; dann können wir die Scharte wieder auswetzen!

Präsident Bayles vom *New York City Board of Health* hat eine sehr zeitgemässe Neuerung eingeführt. Er hat nämlich den neu-ernannten *Consulting Medical and Surgical Board* des *Willard Parker Hospital's* und anderer dem Departement unterstehender Hospitäler beauftragt, dafür Sorge zu tragen, dass den Aerzten ihre Auslagen für alle an das Departement gesandten Anzeigen von Geburten und ansteckenden Krankheiten zurückerstattet werden.

Wenn nun jetzt unser schreibseliger Herr Bürgermeister veranlasst werden könnte, im *Board of Aldermen* eine Verordnung durchzudrücken, welche alle Hauseigenthümer zwingt:

1. Die Nummer eines jeden Hauses bei Tag und Nacht deutlich sichtbar zu machen, und
2. Alle dunklen Hausflure und Treppenhäuser Tag und Nacht zu erleuchten —

dann würde so mancher praktische Arzt in der unteren Stadt glauben, dass das "Millenium" sehr nahe bevorstehend sei.

Die Isolirung der von ansteckenden Krankheiten Befallenen.

Es ist eine unleugbare Thatsache — und man ist ja förmlich beglückt, wenn man an einer städtischen Behörde etwas loben kann — dass die grosse Seltenheit der Flecktyphus- und Pocken-Erkrankung in New York nur dem konsequent und rigorös durchgeführten Isolirungsplane, welcher vom *Board of Health* seit vielen Jahren gehandhabt wird, zu verdanken ist. Dass in letzter Zeit immer wieder Blatternkranke in gewissen Distrikten gefunden werden, liegt einzig an der Verheimlichung der Krankheitsfälle seitens der Umgebung. Der Krankheitsherd ist jedesmal auf einen auf holländischen oder italienischen Schiffen eingeschleppten Krankheitsfall zurückzuführen. Die Furcht der Verwandten vor der Ueberführung des Kranken in das Blatternhospital— was Jene dem sicheren Tode gleichachten — veranlasst sie, noch nicht einmal einen Arzt zu rufen, da sie wohl wissen, dass derselbe den Fall zur Anzeige bringt.

Unter diesen Umständen kann man sich nur wundern, in welcher Weise die Gesundheitsbehörde unserer Stadt, den Kampf gegen die Diphtheritis und das Scharlachfieber irgendwie erfolgreich durchzusetzen sich versprechen kann. Gewiss ist der Entschluss sehr zu loben, alle derartigen Kranken zu isoliren; ob er aber ausführbar sein wird, erscheint uns noch sehr fraglich. Die Zahl der Fälle dieser beiden Krankheiten, ist stets eine grosse — die offizielle Statistik hat bisher darüber keine zuverlässigen Daten gebracht und ein Hospital, welches den Anforderungen auch nur einigermaassen entsprechen könnte, müsste sehr viel grösser sein, als das in 16. Strasse zu Gebote stehende. Wir wollen recht gerne uns irren und werden mit Freuden unseren Irrthum bekennen, falls wir Unrecht prophezeit haben sollten.

Dr. J. B. Taylor, der Chef der Abtheilung für kontagiöse Krankheiten, wird von jetzt an 35 *Medical Inspectors* zu dem oben angedeuteten Zwecke zur Verfügung haben. Alle von Aerzten angezeigten Fälle der genannten Krankheiten werden diesen Herren — je nach Distrikten — zugewiesen und müssen s o f o r t von ihnen besucht und darüber berichtet werden. Der Inspector muss für sofortige Isolirung des Patienten sorgen, wenn dieselbe möglich ist; wenn nicht, soll der Kranke in's Hospital übergeführt werden.

Die nächste Aufgabe des Inspector's ist nach dem dienstlichen Reglement die folgende:

„Wenn der Patient in einem Tenement-Hause wohnt, so müssen die „anderen Bewohner davor gewarnt werden, dass sie sich dem Konta-„gium nicht aussetzen."

Dann folgen Instruktionen über die Desinfektion und über das sofortige Beerdigen der an solchen Krankheiten Verstorbenen.

Wir möchten diesen Instruktionen, die ja so weit ganz gut sind, noch eine andere hinzufügen, von der wir annehmen wollen, dass sie dem

häufig aus sehr jungen Medizinern sich rekrutirenden Inspektoren in einem *Privatissimum*, das ihnen von Dr. Taylor gelesen wird, beigebracht wird. Dieselbe lässt sich in beliebter Weise sehr kurz andeuten, nämlich: *Don't!*

Die Bereitwilligkeit, mit welcher ein solcher junger inspizirender Arzt eine Angina in eine schwere Diphtherie umdiagnostizirt, mit welcher er eine *Crack-Prescription* in die oft nicht einmal vertrauensvoll entgegenkommende Hand der Mutter zu legen versucht, ja, die Geschwindigkeit, mit welcher er eine Lanzette oder ein Bistouri aus seinem funkelnagelneuen Besteck zieht, um einen Drüsen-Abszess zu öffnen, ist oft eine erstaunliche. Und alles dies, trotzdem dass ihm gesagt wird: „Wir haben unseren Hausarzt und der hat das und dies verschrieben und er kommt heute wieder und da will er dies und jenes thun." *Now, Gentlemen—Don't!*

Werthe Herren Kollegen, lassen Sie das bleiben; inspiziren Sie und wenn Sie sich gedrungen fühlen, dem behandelnden Kollegen mit Rath und That beizustehen, dann nehmen Sie gefälligst ein Stückchen Papier und einen Bleistift zur Hand und hinterlassen Sie Ihre Weisheit schriftlich. *Won't you, please?*

In der September-Sitzung der *Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgebung* hatte Herr Dr. August Martin, Privatdozent in Berlin, einen Vortrag zu halten versprochen. Leider konnte der Kollege sein Wort nicht halten, da er noch nicht nach New York zurückgekehrt war.

An seiner Stelle sprach ein anderer europäischer Gast, Herr Dr. H. Sprengel, Arzt am Kinderhospitale zu Dresden, über die Schede'sche Behandlung der Femurfrakturen bei Säuglingen. Die in äusserst anregender Weise vorgetragenen Ansichten, Erfahrungen und Rathschläge des Redners, dem ein ziemlich grosses Material zur Verfügung steht, wurden beifällig aufgenommen und es entspann sich eine lebhafte Diskussion.

Die von uns veröffentlichten Protokolle der verschiedenen deutschen medizinischen Vereine und Gesellschaften sind die offiziellen, uns von den Herren Sekretären freundlichst zugesandten, was wir auf Wunsch nochmals ausdrücklich erklären.

Die Aufmerksamkeit der Leser sei hiermit auf die neue Anzeige der „Seabury Pharmacal Laboratories" (Seabury & Johnson) New York, gelenkt, betreffend „Hydronaphthol" das neue Antiseptikum. Zu beachten ist, dass Hydronaphthol, welches äusserlich eine grosse Aehnlichkeit mit Beta-Naphthol zeigt, in chemischer Zusammensetzung und therapeutischer Wirkung, sich vollständig von diesem unterscheidet; worauf bei Verordnung von Hydronaphthol zu achten ist.

Dr. Martin im Vereins- und Logen-Hospitale.

Dr. A. Martin, Privatdozent für Gynäkologie an der Universität Berlin, demonstrirte am 17. September im Logen- und Vereins-Hospitale, 66 St. Mark's Place, seine Methode der Operation bei Prolapsus vor etwa 12 Kollegen.

Patientin, unverheirathet, 24 Jahre alt, litt an einem *Descensus Uteri et Vaginae* bedingt durch chronische Metritis und hochgradige Erschlaffung der Scheide.

Operation: Patientin wird narkotisirt, in die Steissrückenlage gebracht und bei kontinuirlicher Berieselung mit Sublimat-Lösung (1:10000)

Erstens: der Cervix mit Kugelzange erfasst und das *Cavum Uteri* gründlich kurettirt.

Zweitens: ein Stückchen Collum mit krankhafter Schleimhaut bedeckt, exzidirt und die Wunde sofort durch von oben nach unten laufende Nähte geschlossen.

Genäht wird ausschliesslich mit *Sublimat-Juniper-Catgut* und stark gekrümmter ziemlich kleiner Nadel.

Es folgt nun die *Colporrhaphia anterior.* Operationsfeld wird durch die unterhalb der Urethra vor dem Collum angesetzte und durch zwei seitliche Kugelzangen gespannt mit einem kreisrundem, einem Radiermesser ähnlichem, am grössten Theil seines Umfanges scharfem Messer umschnitten und die Schleimhaut in einem Stücke gelöst, wobei Operateur den Lappen spannt, indem er ihn auf einen mit Zähnen versehenen Stift rollt.

Toilette mit Cowper'scher Scheere und lineare Vereinigung mit fortlaufender Naht. Reposition des Uterus und Aufrichtung desselben vermittelst Sonde.

Sodann *Colporrhaphia posterior.* Operationsfeld ähnlich des vorderen, gespannt und die Schleimhaut ebenso entfernt; kontinuirliche Naht vom Collum aus, welche zuerst die Wundränder vereinigt bis dieselben sich zu weit von einander entfernen, wo dann dieselbe Naht als tiefe Etage weitergeht, am unteren Ende der ganzen Wunde auf die Unterränder übergeht und als obere Etagennaht zurückgeführt wird. Geknotet wird die Naht mit einem Thierarztknoten.

Nachbehandlung soll in 3-wöchentlichem Bettliegen mit gebundenen Knieen bestehen und nachdem noch dreiwöchentlicher Abstinenz von aller Arbeit; Stuhlgang am vierten Tage durch Ricinus-Oel; Catheterisation, wenn nöthig; nach Uriniren Abrieseln — nicht Ausspritzen.

V. R.

(Patientin blieb bis zum 24. d. M. fieberfrei. — Ed.)

Parke, Davis & Co. beginnen in unseren Anzeigeseiten 1 und 2 eine Serie von „Plain Talks to Physicians," auf welche wir unsere Leser besonders aufmerksam machen zu müssen glauben.

LACTATED FOOD, das von Wells, Richardson & Co. in Burlington, Vt., hergestellte künstliche Nahrungsmittel hat sich auch in der diesjährigen Sommerkampagne gegen *Cholera infantum* trefflich bewährt.

Betol.

Die Zahl der Antipyretica wächst in überraschender Weise. Kaum hat uns die unermüdliche Spürsucht der Chemiker und Pharmakologen mit Antipyrin, Antifebrin und Salol beschenkt, so erscheint schon als vierter Konkurrent das Betol oder Naphtalol auf der Bildfläche Nencki, der uns mit dem Salol beschenkte, ist der glückliche Erfinder.

Es ist chemisch ein Salicylsäureäther des Naphthol's und enthält ca. 10 Proz. weniger Salicyl, als das Salol; ist geschmack- und geruchlos, in Wasser und Glycerin unlöslich; schwer löslich in kaltem Alkohol; leicht löslich in heissem Alkohol, in Terpentinöl und flüssigen Fetten.

Wie Salol, so wird Betol im Körper in seine Komponenten (Salicylsäure und Naphthol) gespalten und zwar im Dünndarm und oberen Theile des Dickdarms. Doch geht diese Spaltung nicht immer vor sich und hält Sahli das Betol desshalb für viel weniger verlässlich, als das Salol.

Vortheile des ersteren sind seine Geruch- und Geschmacklosigkeit und die vollständige Abwesenheit jedweder Intoxikationserscheinungen auch nach wochenlanger Darreichung in ziemlich grossen Dosen. Kobert gab 0,3—0,5 g. viermal täglich, Sahli 10,0—12,0 g. *pro die* und einmal sogar eine Einzeldosis von 12,0 g. bei einem sechsjährigen Kinde.

Doch ist nach Sahli ein Nachtheil des Betol's bedeutend: Es ist viel weniger verlässlich in Bezug auf seine Wirkungen, als das z. B prompt die Temperatur erniedrigende Salol und zwar soll dies davon herrühren, dass die Menge des im Organismus in seine Bestandtheile zerlegten Betol's sehr verschieden ist und oft nur einen kleinen Prozentsatz der Dosis ausmacht. Es rührt dies von seinem sehr hohen Schmelzpunkte her. Sahli räth deshalb, um das Mittel leichter resorbirbar zu machen, dasselbe mit irgend einem flüssigen Fette (in welchen Körpern Betol sich löst) zu verschreiben.

Emerson's Albumenoid Food. — Bei allen den Krankheitszuständen, welche eine Abmagerung des Patienten und eine Schwächung seiner Lebenskräfte herbeiführen, ist die wichtigste Indikation diejenige, dem Körper Nahrungsstoffe zuzuführen, welche einerseits leichtverdaulich und andrerseits leicht assimilirbar sind. Diese Anforderungen an ein Nährmittel, welche in diesen Zuständen unerlässlich sind, erfüllt Emerson's Albumenoid Food auf das Vollständigste. Die Erfahrungen, welche Dr. Wm. R. D. Blackwood (*The Medical Bulletin*, Nov. 1886 and Jan. 1887), Dr. R. B. Davy (*Cincinnati Clinic. Lancet*, May 1887) und andere Kollegen berichten, können wir im vollsten Umfange bestätigen. Nicht nur Kinder, welche an Sommer-Diarrhöen, Marasmus und Atrophie leiden, sondern auch Erwachsene, welche in Folge längerer Leiden sich in einem geschwächten Zustande befinden, werden durch die konsequente Darreichung von Emerson's Albumenoid Food gestärkt und gekräftigt und sind in verhältnissmässig kurzer Zeit wieder hergestellt, wenn die nöthige medikamentöse Behandlung mit der Anwendung desselben Hand in Hand geht. Auch in den Fällen, in denen schon andere künstliche Nahrungsmittel erfolglos angewendet wurden, ist die Wirkung derselben eine überraschende und sollte nie versäumt werden.

Vom Kongresse.

Wenn man an einem schönen Herbstmorgen die staubigen und von Sauberkeit nicht grade strotzenden Strassen New Yorks verlässt und hinausgelangt in die freie Natur und mit gierigen Zügen die frische, wieder einmal unverpestete Luft einathmet, dann fühlt man sich dem realen Alltagsleben wie entrückt und für einen Augenblick in der Stimmung, die idealen Anschauungen der wissenschaftlichen Forschung mit dem Feuereifer der Jugend in sich aufzunehmen. Ist doch auch ein internationaler Aerzte-Kongress wie kein anderes Ereigniss geeignet, eine derartige Stimmung zu erhöhen. Doch nur zu bald wurde unsere Begeisterung gedämpft. Auf dem Bahnhof in Washington angelangt, fanden wir weder ein Komité vertreten, noch konnten wir irgend ein Plakat entdecken, das uns Auskunft über ein Informations-Büreau gegeben hätte. Endlich gelang es uns in einem versteckten Winkel eines der grössten Hotels eines solchen Plakates — das nur in englischer Sprache gedruckt war — habhaft zu werden.

So gelangten wir endlich — es war vor 6 Uhr Abends — in das vielbegehrte Informations-Büreau, fanden dasselbe aber — wohl des *half-holiday's* wegen — bereits geschlossen. Am nächsten Morgen hatten wir das zweifelhafte Vergnügen, mit einigen Hundert Leidensgefährten auf die Ankunft der Herren vom Komité bis nach 10 Uhr warten zu müssen. Endlich kam Einer, der nur die Medaillen austheilte. Programms oder alles andere Wissenswerthe konnten wir nicht erlangen, da der betreffende Herr einfach nicht erschienen war (es war Sonntag! und der letzte Tag vor Beginn des Kongresses).

Wir können unseren Bericht über diese unerfreulichen Kongress-Präliminarien nicht schliessen, ohne des folgenden unangenehmen Vorfalles zu gedenken:

Ein Kollege, der für eine Berliner Zeitschrift Bericht erstatten sollte, und dem es trotz allen Bemühungen nicht gelungen war ein Programm zu erhalten, wandte sich an das durch ein rothes Band gekennzeichnete Komité-Mitglied Dr. Toner (Washington) und bat ihn darum. Dieser Herr entblödete sich nicht zu erklären:

„Ich könnte Ihnen ein Programm geben, wenn ich es wollte, aber ich will nicht!“ Hat man wohl je Aehnliches auf einem Kongress oder bei Gelegenheit irgend einer anständigen Versammlung gehört?

Wiewohl die Zeugen dieses Vorganges in nicht zu verkennender Weise ihre Entrüstung zu erkennen gaben, blieb ihnen doch nichts weiter übrig, als die Liebenswürdigkeit des Herrn Kollegen Toner ruhig einzustecken; es war aber nur *una salus victis*; *nullam sperare salutem!*

Wir könnten die "Presse" vollständig damit füllen, wollten wir alle Fehler und Missgriffe aufzeichnen, die das Komité und besonders Herr Dr. J. M. Toner begangen haben, aber es sei genug mit diesem einzigen typischen Vorfalle!?

So gingen wir denn — in unserem Enthusiasmus bedeutend herabgestimmt — in die Sitzungen und da es nicht unsere Aufgabe ist, die einzelnen wissenschaftlichen Vorgänge zu schildern, so sei es uns gestattet, Einiges aus den allgemeinen Eindrücken, die wir während der Kongress-Woche erhalten haben, zu beschreiben.

Sehr imposant gestaltete sich zunächst die erste allgemeine Sitzung, in der Mr. Cleveland den Kongress eröffnete und der Präsident Nathan S. Davis eine vorzügliche Begrüssungsrede hielt. Ueberhaupt müssen wir gestehen, dass Dr. Davis eine der wenigen offiziellen Persönlich-

keiten des Kongresses war, der sich der allgemeinsten Sympathie zu erfreuen hatte. Nachdem noch die grösste Anzahl der nicht erschienenen ausländischen Vicepräsidenten *in contumaciam* verurtheilt wurden, diese Würde dennoch beibehalten zu müssen, schloss diese Sitzung, und es traten bald die einzelnen Sektionen in ihre Rechte ein.

Am Dienstag Abend versammelten sich nach dem Empfange bei Mr. Cleveland die anwesenden deutschen Aerzte, um die Kollegen aus dem alten Vaterlande zu begrüssen. Es fiel da manch' schönes Wort — manch' angenehme Erinnerung wurde ausgetauscht, und ein bekannter Kollege aus New York, der sonst sehr gut das Messer zu führen versteht, bewies unsern Gästen durch Wort und That, dass wir hier in Amerika nicht nur Deutsch fühlen, sondern auch Deutsch trinken können. Sein Beispiel soll sehr anregend gewirkt haben. Am Donnerstag gab die Stadt Washington den Gästen das mit so grossem Pomp angekündigte Banquet.

Wer einmal einen Jahrmarkt in einem östlichen Grenzstädtchen Deutschland's gesehen hat, der kann sich ungefähr eine Vorstellung machen von dem Treiben, das sich da vor den Büffets abspielte. Man erlasse uns die Schilderung.

Wie angenehm wurden wir aber berührt, als die verschiedensten National- und Lieblingslieder der vertretenen Völkerschaaren gespielt wurden und plötzlich die herrlichen Töne von : " Wir geh'n nach Lindenau " an unser entzückt lauschendes Ohr schlugen !

Um uns von den Strapazen dieses Tages zu erholen, folgten wir am Freitag der Einladung der deutschen Vereine Washington's nach Edel's Halle, wo man das löblich begonnene Werk von Dienstag wacker fortsetzte.

Nach der Schlusssitzung am Sonnabend zerstreute man sich in allen Windrichtungen und mit welchen Eindrücken ? !

Es ist zunächst nicht zu läugnen, dass vieles recht Gute geleistet wurde, das noch von nachhaltender Wirkung sein wird, und es war dies ja auch nicht anders zu erwarten, da immerhin eine ganze Anzahl tüchtiger Kräfte vorhanden war — aber ein Kongress und noch dazu ein internationaler Kongress aller ersten Aerzte der Welt war es nicht ! Quantitativ überragte dieser Kongress freilich alle seine Vorgänger bei Weitem, aber wenn man bedenkt, dass das Hauptkontingent der anwesenden Aerzte von den südlichen und westlichen Theilen der Vereinigten Staaten gestellt wurde und dass 500 solcher Country-doctors noch lange nicht einen Virchow, einen Pasteur, einen Koch oder einen der hochverdienten Männer, wie sie sonst auf Kongressen vertreten sind, zu ersetzen vermögen — so muss man sich eingestehen, dass dieser Kongress der in jeder Beziehung schwächste war und hinter all seinen Vorgängern weit, weit zurückgeblieben ist.

W. Freudenthal.

Käufern von chirurgischen und ophthalmologischen Instrumenten oder solchen, die es werden wollen, empfehlen wir Meyrowitz Bros., New York, Ecke der 4. Ave. und 23. Str. Dass sich die Herren als Optiker und Verfertiger von Brillen nach ärztlicher Vorschrift des besten Rufes erfreuen, ist bekannt.

Die Firma Parke, Davis & Co. in Detroit, längst bekannt durch die Vorzüglichkeit ihrer pharmazeutischen Präparate, beginnt mit dieser Nummer eine Serie von „Plaudereien" in unseren Anzeigeseiten (1 u. 2), deren Lektüre für unsere Leser von grossem Interesse sein dürfte.

Die Debatte über Kurpfuscherei in der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Im deutschen Reiche wurde die „Heilkunst" vor 16 Jahren frei gegeben, so dass jeder nach landläufigen Begriffen mündige, d. h. zurechnungsfähige männliche oder weibliche Mensch am Körper seines Mitmenschen — dessen Einrichtung und Thätigkeit er so wenig kennen mag wie der Mohamedaner die Bibel — herum-„kuriren" kann nach Herzenslust und aus Leibeskräften. Es ist dann und wann ganz gut, dieses Faktum zu konstatiren, welches, unserer Erfahrung nach, von Dreiviertel der hier im Osten unserer Republik ausgebildeten Mediziner (einerlei ob deutscher Abkunft oder nicht) für absolut undenkbar und unmöglich gehalten wird.

In der Debatte über den vom Dresdener Aerzte-Verein ausgehenden Antrag auf Wiedereinführung des Verbotes der Kurpfuscherei sprach zunächst als Vertreter der *Berl. Med. Ges.*:

Referent Dr. Mendel, welcher die Behauptung, die Kurpfuscherei habe zugenommen seit Freigeben der Praxis, leugnet. Er führt alte bekannte Namen aus früheren Zeiten an, wie Apfelpetsch, Johann Hoff, Schäfer Thieme, Daubitz etc. Viele Wundärzte 2. Klasse wurden von den wohlhabenderen Ständen vorgezogen, so gut wie eben auch jene Pfuscher. Zwar sei das Annonciren unverschämter, aber nicht vermehrter und ausgedehnter.

Auch die Abnahme der Aerzte auf dem platten Lande sei nicht durch die Gewerbeordnung verursacht; dieselbe existire auch in Ländern, wo Kurpfuschen nicht staatlich erlaubt sei*).

Den Einwurf, dass es vom ethischen Standpunkte aus verwerflich sei, dass Schwindler und Betrüger ihre „Künste" ungestraft anpreisen dürfen, nennt Mendel „Interessenethik"!?

Nun seine Gegenargumente:

Wenn Kurpfuschen verboten sei, so gäben sich Aerzte zum Deckmantel der Kurpfuscher her und es sei doch sehr unmoralisch, Gesetze zu schaffen, welche täglich und stündlich übertreten werden.

„So lange wir nicht im Stande sind, alle Kranken zu heilen, können „wir nie und nimmer ein Verbot der Kurpfuscherei wirksam durch„führen. Der Ertrinkende hält sich am Strohhalm fest und wenn ein „Arzt den Patienten aufgegeben hat, dann denkt dieser: Vielleicht „kann mir doch der Kurpfuscher helfen. Das ist nicht bloss bei unge„bildeten Leuten der Fall, diese Verhältnisse haben Sie in sehr gebilde„ten Familien, ich habe sie auch in ärztlichen Familien öfter gefun„den."

M. hält es entschieden für ein Privilegium, welches den Aerzten eingeräumt wird, wenn Kurpfuschen verboten sein soll; dafür müsse man sich dann als Aequivalent die Zwangspflicht wieder gefallen lassen.

Im Anschlusse an die bevorstehende Wiedereinführung eines Befähigungsnachweises als Vorbedingung für den Betrieb eines Handwerkes, schliesst M. wörtlich wie folgt:

„Wir wollen uns die Ideale, mit denen wir in unseren Beruf getreten, „die Ideale, die uns beseelen in der Ausübung desselben zu jeder „Stunde des Tages und der Nacht, ohne zu fragen, ob wir Entgelt für „unsere Mühe erhalten oder nicht, wir wollen sie uns nicht dadurch ver-

*) Natürlich rührt das von den geringeren Einnahmen her. — Ed.

„kümmern lassen, dass wir uns selbst den Behörden des Staates gegen-
„über den Handwerkern und Gewerbetreibenden gleich stellen."

Nach dieser uns etwas sehr an heimischen „*Buncombe*" erinnernden Schlusstirade, erhielt der

Co-Referent Dr. Becher das Wort und wendete sich namentlich ausführlich gegen M.'s Behauptung, „dass die praktische Nutz-
„losigkeit des Kurpfuschereiverbotes zu dessen Beseitigung geführt
„habe" und bestreitet dieselbe platterdings und positiv.

Nach B.'s Darstellung brachte die *Berl. Med. Ges.* eine Petition ein, dass die Aerzte Gewerbetreibende sein sollten*) und mit Einführung schrankenloser Gewerbefreiheit in Bezug auf die Medizin fiel das Kurpfuschereiverbot.

„Die übrigen deutschen Aerzte hatten davon keine Idee; die hatten
„sich darauf verlassen, dass die Regierung in ihren Vorschlägen das
„Kurpfuschereiverbot aufrecht erhalten hatte."

Der Trost, den damals die Gegenpartei als Beruhigungsmittel gebrauchte, lief darauf hinaus, dass „das Volk aufgeklärt genug sei, um
„zwischen Arzt und Pfuscher zu unterscheiden!" Statt dessen glaubt das Volk: Was nicht verboten ist, das ist gut und recht, und läuft zu den Pfuschern wie zu den Aerzten, fast ohne Unterschied.

Die beste „Belehrung" des Volkes sei die, die Pfuscherei zu verbieten und durch ein Gesetz dem Volke zu beweisen, dass Kurpfuscherei unsittlich ist. Dass die Pfuscherei sich in einer solchen Art und Weise breit macht, wie sie bisher nie erhört war, gäbe ja der Herr Referent selbst zu, speziell in Bezug auf das Anzeige- und Reklame-Unwesen.

Schon vor sieben Jahren sei dies von M. und seinen Gesinnungsgenossen zugegeben und der Kampf des Aerzte-Vereine gegen das Kurpfuscherthum und Geheimmittelwesen angerathen worden. Was hätten aber die Hunderte von Publikationen, die speziell von Karlsruhe aus in die Welt, in die Zeitungen geschickt worden seien, genützt? — Absolut nichts! Beide blühten eben nach wie vor.

Da hiesse es nun abermals, man solle das Volk belehren und wieder belehren! Das sei unpraktischer Idealismus.

Hierauf analysirt B. die Petition des Dresdener Aerzte-Vereins und konstatirt, dass die 46 sächsischen Vereine ca. 3000 Aerzte umfassen; 32 weitere Vereine hätten ihre Zustimmung erklärt, wenn sie sich auch formell nicht angeschlossen. Ein offenes Veto hätten nur neun Vereine eingelegt.

Redner schildert dann den Schaden an Leib und Leben — abgesehen vom Geldbeutel — den Pfuscher nachweislich fortwährend verursachen. Wie verkehrt die Lage sei, liesse sich am besten dadurch zeigen, dass der Leiter eines artistischen Institutes nicht nur eine artistische, sondern auch eine sittliche Qualifikation nachweisen müsse. Der Pfuscher brauche weder das eine noch das andere.

Es sei die Pflicht des Staates, seine Bürger vor diesen Attentaten auf Leib und Leben zu schützen; das Gesetz vom Jahre 1883, welches das Kuriren Seitens nicht approbirter Personen im Umherziehen verbiete, sei nur eine halbe Maassregel (ohne Konferenz mit den Aerzte-Vereinen erlassen!).

Das Strafgesetzbuch genüge nicht; das bewiese die Thatsache, dass die meisten grossen Kulturstaaten die Kurpfuscherei verböten; sogar in England (Na! Na!) wolle man dies wieder einführen, und selbst in

*) Also doch !? — Ed.

einzelnen Staaten von Nordamerika (Wo steht das!). (Diese naiven Zurufer verweist B. auf später.)

Das Strafgesetzbuch wüssten die Pfuscher zu umgehen, und käme eine Tödtung vor, dann spräche die Jury den Burschen womöglich frei. Mit den Aerzten, falls ihnen etwas passirt, springt man ganz anders um (B. zitirt einschlägige Fälle.).

Auszurotten sei die Kurpfuscherei durch ein Gesetz so wenig, wie irgend ein anderes Verbrechen — aber zu beschränken, und zwar ganz bedeutend.

Die Furcht vor einer Zwangspflicht sei unbegründet; das Reichsgesetzbuch kenne dieselbe nicht.

B. illustrirt hierauf das Fiasko einiger Freizügigkeitsmaassregeln, z. B. die Aufhebung des Wucherverbotes und die Wiedereinführung desselben; ferner das Freigeben des Hufschmiedgewerbes. Jeder, der mit dem Hammer auf den Nagel schlagen konnte, beschlug nun Pferde, aber wie!? Der Staat braucht aber Remonte-Pferde für seine Kavallerie und — das Verbot wurde wieder eingeführt.

Kein Pferd darf von einem unqualifizirten Schmied beschlagen werden; am Menschen aber darf jeder Schmied, Schäfer etc. herumdoktoriren! Dasselbe gilt für Lokomotivführer, Droschkenkutscher etc.

Nachdem B. die Ueberhandnahme der Pfuscherei geschildert und namentlich darauf hingewiesen, dass die Anmaassung dieser Burschen in's Unglaubliche sich gesteigert hat*), geht er auf die Erwerbsfrage speziell ein. Er versichert aus seiner und vieler Kollegen Erfahrung, dass in vielen Berliner Familien jeder Arzt mit Misstrauen und Geringschätzung betrachtet wird. Die Pfuscher verstehen auf die meisterhafteste Art, Schule zu machen und ihre fanatischen Anhänger rekrutiren sich meist aus: „Justizräthen, Magistratsbeamten, Rektoren, Lehrern" etc.

B. fährt fort:

„Und was thun wir dagegen? Wir verschränken die Arme und ziehen „uns in die Toga unserer Vornehmheit zurück!"

Aber das ist nicht Alles; die Pfuscher schädigen nicht nur den Kredit der Aerzte beim Publikum, sie beschränken auch deren Erwerbsfeld, welches ohnehin durch die Krankenkassen-Gesetzgebung vom Jahre 1884 bedeutend eingeschränkt ist. Nicht weniger wie 7 Millionen der 48 Millionen Einwohner gehören zu den Kassen, und wenn auch die Gehälter der Kassenärzte verdoppelt wurden, so steht B. nicht an, zu versichern, dass er sich vorher viel besser gestanden. Die 7 Millionen sind aber allen Aerzten direkt entzogen, und trotz des werkthätigen Idealismus, mit dem sich alle Aerzte an der Kassenorganisation betheiligten, ist die Erwerbsschädigung für Alle eine unläugbare Thatsache. B. glaubt, dass die Aerzte Deutschlands einer traurigen Zukunft, einem wachsenden Proletariat entgegen gehen.

Das Bedauerlichste aber sei, dass die Pfuscher sich bereits an die Kassen drängen und dass es ihnen sogar gelungen sei, die Behörden für sich einzunehmen†). Ja sogar der Bundesrath habe erklärt, dass er

*) Im Rathhaussale zu Chemnitz tagte ein gewisser Zweig von Pfuschern. Der Vorstand einer „Naturheilanstalt" in Berlin steht im Adressbuch als „Aerztlicher Dirigent" aufgeführt. Diese Wichte schildern die regulären Aerzte als Adepten und Laboranten, die aus Jahrhunderte alten, vergilbten Rezepten Tränke und Mixturen zusammenbrauen und als schablonenmässige Routiniers ihre Kranken damit kurien etc.

†) Recht nette Zustände! — Ed.

keine Veranlassung fühle, auf die Interpretation des Wortes „Arzt" einzugehen; dazu sei die Gewerbeordnung da- Es existire im Volke das Verlangen, sich von nicht approbirten Medizinalpersonen behandeln zu lassen, und der Bundesrath fühle keine Veranlassung, diesem Verlangen entgegen zu treten!

Der Minister habe also damit den Pfuscher zu einem Sachverständigen gestempelt. Er stellt also die Dokumente aus, ob Kassenmitglieder krank sind oder nicht. Welche Perspektive!

In einer Kasse hat man bereits darüber debattirt: Ob Schäfer zur Behandlung von Beinbrüchen und Verrenkungen zugelassen werden sollten,— und zwar allen Ernstes.

B. fordert zum Schluss auf, gegen Mendel's Antrag zu stimmen.

Nach einigen persönlichen Bemerkungen von Prof. Senator und Dr. B. Fraenkel und verschiedentlichen parlamentarischen Debatten wird abgestimmt und der Antrag Becher's die Wiedereinführung des Pfuschereiverbots zu befürworten, mit 168 gegen 164 Stimmen angenommen.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend.

Offizielles Protokoll.

Sitzung vom 6. Juni 1887.

Vorsitzender: Dr. L. Weber. Sekretär: Dr. Willy Meyer.

Das Protokoll der letzten Sitzung vom 2. Mai wurde verlesen und angenommen.

Anwesend 40 Mitglieder.

Als Erster erhielt das Wort Dr. Willy Meyer zu seinem angekündigten Vortrage:

„Ueber Aetiologie und Therapie der Skoliose."*)

Diskussion:

Zu derselben bemerkt Dr. A. Jacobi bezüglich der Entstehungs-Geschichte der Filzjacken, dass der sogenannte *poro-plastic-felt* nicht von dem Engländer Cocking erfunden wurde, auch nicht vor acht Jahren, sondern schon vor 12—18 Jahren beim Apotheker McIntyre hier käuflich zu haben war.

Es folgt die Diskussion über

„Aetiologie und Therapie des akuten Brechdurchfalls bei Kindern."

Vor Beginn derselben bemerkte der Präsident, dass eine solche heute natürlich nicht mehr den Werth haben kann, wie vor 10 Jahren, seitdem der *Board of Health* auf den Rath und das Betreiben Dr. A. Jacobi's genaue Bestimmungen über die erste Behandlung des akuten Brech-

*) Derselbe wird demnächst veröffentlicht werden.

Durchfalls etc. erlassen. Trotzdem glaubt er, dass aus einer diesbezüglichen Diskussion vor Beginn der heissen Sommer-Monate einiger Nutzen erwachsen könnte.

Zur Einleitung bekommt Dr. A. Caillé das Wort: (Seine Bemerkungungen finden sich abgedruckt auf Seite 97) das Manuskript derselben liegt dem Protokoll bei.

Dr. Rachel als zweiter Redner kann nach Dr. Caillé's erschöpfender Darlegung wenig Neues mehr bringen. Den gegebenen Diät-Regeln schliesst er sich an. Vor Allem ist nach seiner Ansicht die Entziehung der Milch zu betonen, sobald ein, wenn auch noch so geringer pathologischer Prozess im Magen existirt und zwar speziell der sogenannten kondensirten Milch. Diese ist zum grössten Theile mit Stärke oder Zucker versetzt, um ihr die gewünschte Condensation zu geben. Die wirkliche "*Condensed Milk*" ist nicht so dickflüssig wie die, welche wir bekommen.

In Bezug auf die Therapie glaubt Redner, dass die meisten Kollegen zu wenig Werth auf das Opium legen, weil sie sich davor fürchten. Dass man mit kleinen Gaben dieses Mittels (Kindern unter 10 Monaten ½ Tropfen, von einem Jahre 1 Tropfen in 2 Unzen Mixtur 2 stdl.) Gutes thun kann, hat Redner oft gesehen. Beim Kroup, wo Exzitantien, Campher etc. indizirt sind, ist vom Opium abzusehen, weil es dann zu leicht Brechen verursacht.

In diätetischer Beziehung kann R. Vortreffliches von *Peptogenic Milk Powder* berichten, ebenso in Fällen, wo die einfache Diät von Gersten — und Hafer-Schleim mit Milch nicht gut wirkte (was oft genug vorkommt) von *Soluble Food*. Er ist der Ansicht, dass die metereologischen Bedingungen, welche zum Zustandekommen des Brechdurchfalles mitwirken, die Temperatur, der Wassergehalt der Luft und der Barometerstand in ihrer gegenseitigen Beziehung zu einander noch nicht genügend erforscht sind.

Dr. A. Seibert glaubt nicht, dass die hohe Temperatur als solche Brechdurchfall bei Kindern hervorruft. Derselbe ist nach seiner Ansicht immer eine Infektions-Krankheit, d. h. ein pathologischer Zustand, hervorgerufen durch Fäulniss-Prozesse ausserhalb und innerhalb des Körpers, deren Produkte, zur Wirkung gelangend, akutesten Magen-Darmkatarrh hervorrufen. Je kleiner das Kind, desto besser erträgt es die Hitze, je älter, desto schlechter. Aber je heisser die Luft, desto eher gerinnt die Milch, desto mehr Fäulniss-Prozesse finden statt, desto mehr Fäulniss-Substanzen gelangen in den kindlichen Körper.

Entsprechend dieser Auffassung hat man in neuerer Zeit die antiseptische Behandlung des Brechdurchfalls vorgeschlagen. Emmet Holt von hier hat die Statistik einer solchen mit *Natron salicylicum* veröffentlicht. Redner sieht nicht ein, wie der Kollege gute Resultate im Anfangs-Stadium damit haben konnte. Das genannte Mittel wird vom Magen sehr schlecht vertragen. S. verwendet Jod, Jod-Carbol und Opium (in kleinen Gaben) und macht kalte Kompressen auf den Unterleib und dreimal täglich grosse Darm-Ausspülungen mit Wasser, das allmählich abgekühlt wird. Dies ist ein guter Stimulus für das Nerven-System. Auch die häufige Peristaltik wird dadurch gelegt. Er giebt Stimulantien in den ersten Tagen, fast ausschliesslich durch den Darm und zwar in Form von Klystiren aus starkem Kaffee und Thee.

Bezüglich der letzten Bemerkung des Vorredners kann er anführen, dass er sein Material in der Kinder-Abtheilung des *Deutschen Dispensary's* verwerthete und die angedeuteten tabellarischen Untersuchungen

anstellte. Er fand: Je höher die Temperatur, desto mehr, je niedriger, desto weniger akuter Magen-Darmkatarrh bei Kindern.

Dr. A. Jacobi möchte nur noch ein paar Bemerkungen anfügen. Es versteht sich von selbst, dass ein Verfahren, wie Dr. Caillé es vorschlug, dem Calomel, wenn es in 5—6 Dosen gegeben, Pepsin folgen zu lassen, vorsichtig eingeschlagen werden muss. Es sollte zwischen dem Darreichen beider Mittel ziemliche Zeit verstreichen. Sonst könnte uns passiren, dass unbehagliche Sublimat-Erscheinungen einträten.

Ein Mittel, um die Milch verdaulich zu machen, einerlei wie sie im Uebrigen präparirt, ist der Zusatz von Salz, den Redner nicht genug empfehlen kann. Kuhmilch enthält mehr Kalium-Salze, als die menschliche Milch. Es ist daher wünschenswerth, um die Gleichmässigkeit einigermaassen herzustellen, Na Cl hinzuzusetzen. Sie wird dadurch schneller und leichter verdaulich.

Die antifermentative Behandlung ist im Grunde gar nichts Neues. Wir haben alle darnach gearbeitet. Was von uns und den älteren Aerzten vor uns mit Wismuth, Calomel, Höllenstein und Oelzuckern gethan wurde, ist antifermentative Behandlung. *Natr. salicyl.* sollte man just vermeiden. Es wird entschieden nicht gut vertragen; wohl aber in kleineren Gaben lange Zeit hindurch gegeben. Es handelt sich um das Desinfiziren der Massen, welche im Darm vorhanden sind. J. glaubt nicht, dass *Natr. salicyl.* so viel nützt als Resorzin, Silber, Calomel, Sublimat, Naphthalin. Letzteres Mittel ist nicht so sehr zu empfehlen, weil es schlechter schmeckt und gelegentlich nicht gut vertragen wird.

Was unter allen Umständen geschehen soll zu Anfang eines solchen Brechdurchfalls, ist eine tüchtige Entleerung. Die Methode, allen Kindern von vornherein eine gute Dose Castor-Oel zu geben, ist entschieden eine gute. Je rascher die schädlichen Mengen herausspedirt werden, desto besser. Gleich hinterher Opium einzuverleiben, ist auch Hausmittel geworden. Dies ist ein guter Plan.

Noch Eins: Man muss sich mit dem Alkohol in Acht nehmen. Wenn man nicht den allerbesten *Brandy* hat, ist derselbe ganz leicht im Stande zu schaden. *Brandy* mit Fuselöl wirkt lähmend. Wir sollten lieber guten *Whiskey* benutzen. Eine weitere Massregel, auf die Redner grossen Werth legt, ist die Entsäuerung von Magen und Darmkanal. Es liegt in der Natur der Sache, dass das Nahrungsmittel, welches so gern säuert, wie die Milch, und der Magen und Darm, welcher so gern säuert, wie der Kinderdarm, entsäuert werden sollte. Die Milch enthält Milchzucker. Von diesem bis zur Milchsäure ist kaum ein Schritt. Es handelt sich da nur um Umlagerung der Atome. So kommt es, dass die Milch so leicht sauer, übersauer wird. Milchzucker verändert sich viel leichter, als die anderen Bestandtheile der Milch. Die Entsäuerung kann natürlich nur durch Alkalien geschehen. Was man auch thut, die Entsäuerung des Magens ist zunächst an der Tagesordnung. Alkalien vertragen sich, mit Salzsäure gebraucht, in der Kinder- und Erwachsenen-Praxis recht gut. Es handelt sich bei der Säure um Milch-, Essig-, Caprin-, Capron-, Buttersäure etc. Sie sind sämmtlich schädlich. Die sollen, bevor Nahrung in den Magen kommt, bei Kind und Erwachsenen neutralisirt werden. Wenn das geschehen ist, kann man mit Fug und Recht Salzsäure hinterherschicken. Was soll man bei Kindern geben: Kreide, Magnesia, Soda? Magnesium-Salze führen sämmtlich ab. Deshalb nur kohlensaures oder phosphorsaures Calcium regelmässig oder vor jeder Mahlzeit. Sicher ist, dass wir schlecht

zum Ziele kommen, wenn wir ohne Alkalien arbeiten. Im 1. und 2. Tage der Krankheit sollten kleine Kinder 1—2 g. *pro die* von solchen Alkalien bekommen.

Dr. Langmann kann Nichts weiter hinzufügen. Er will deshalb nur noch auf einige Bemerkungen eingehen.

Dr. Seibert stelle die Hitze als ungefährlich bei kleinen Kindern hin. Wenn sie allein auch nicht Brechdurchfall erzeugen kann, so möchte er diese Behauptung doch nicht so unterschreiben.

Was die Milch angeht, so ist auch er ganz der Ansicht, dass sie sofort zu entziehen ist, sowie sich Verdauungs-Störungen einstellen. In Bezug auf die Konservirung der Milch müssen wir vor allen Dingen im Auge behalten, dass die Bakterien schon mit dem Melken eingeführt werden können. Suxley hat dies nachgewiesen. Er stellte von vorne herein die Theorie auf, dass die Milch aus dem Kuh-Euter völlig rein sein muss. Ihm war es das Wahrscheinlichste, dass die Verunreinigungen gleich beim Melken in die Milch hineingebracht würden. Er fand, dass wenn der Kuh der Schwanz festgebunden wurde und die Melkenden sich die Hände vor der Arbeit gründlich reinigten, die Milch bis 3 mal 24 Stunden gährungsfrei blieb, während die beste Milch von den besten Kühen in den besten Anstalten ohne diese Vorsichtsmassregeln schon sehr viel schneller verdarb. Dabei fand er, dass die Milch von mit Schlempe gefütterten Kühen sich längere Zeit hielt, als von Kühen, die anderes Futter erhielten.

Von Arzneimitteln möchte L. nur noch ein gutes Wort für Resorzin einlegen, das neuerdings wieder von Soltmann besonders empfohlen wurde. Dasselbe ist gut zu nehmen und wirkt intensiv und schnell.

Dr. Seibert hat die Hitze nicht als unschuldig hingestellt, sondern nur gesagt, dass sie nicht die direkte Ursache des Brechdurchfalls ist. Die Fäulnissprozesse sind es, welche ihn hervorrufen.

Dr. A. Jacobi: Es giebt gar Nichts, was allein Durchfall macht. Die Hitze allein macht es nicht, auch nicht die faulenden Stoffe allein. Es gehört Kind und Darm dazu. J. behauptet, dass die Hitze Durchfall macht. Wenn wir wissen, dass unter denselben Nahrungs-Verhältnissen ein Kind mit schwerem Durchfall unmittelbar besser wird, wenn wir es nur von dem heissen Platze in der Stadt auf einen Felsen oder ein Dach bringen, dann dürfen wir schon an und für sich die Meinung hegen, dass die kühle Luft fast allein das Kind kurirt hat. Waren mehrere heisse Tage da, so nimmt die Mortalität schnell enorm zu. Hitze verlangsamt den Stoffwechsel und beeinträchtigt die Verdauung. Daraus müssen Katarrhe entstehen. Diese hat dann die Hitze gemacht. Wir dürfen diese Beobachtungen mit in Rechnung ziehen. Die Kinder der gewaltigen Hitze zu entziehen, ist deshalb entschieden zu befürworten. Escherich kommt schliesslich zu dem Resultate, dass es schrecklich viele Bakterien im Darme giebt, dass man aber Nichts damit beweisen kann. Wir müssen uns in der Beziehung noch eine Zeit lang gedulden.

Dr. Rachel möchte nur in Bezug auf die Hitze sagen, dass die direkte schädliche Einwirkung der Hitze auf den menschlichen Organismus durch den Hitzschlag bewiesen wird. Wenn nun auch ein kleiner Körper mehr Hitze ausstrahlt, so muss die erschlaffende Wirkung der Hitze auf das thermische Zentrum doch stattfinden. Es muss die Herzthätigkeit erlahmen, es muss eine Anhäufung des Blutes in den inneren Organen stattfinden und Hirn-Anämie eintreten. Ihm scheint der

Kollaps das Primäre beim akuten Brechdurchfall zu sein, and dann der Katarrh hinzuzukommen. — Schluss der Diskussion.

Der Präsident bemerkte, dass der korresp. Sekretär die Mittheilung von Wohnungs-Veränderungen vor Ende Juli erbittet.

Schluss der Sitzung 10½ Uhr.

Dr. Willy Meyer,
protokoll. Sekretär.

Bücherschau.

Der elektro-physiologische Leitungswiderstand des menschlichen Körpers für die Elektro-Diagnostik. Von Dr. R. Stintzing und Dr. E. Graeber. — (*Deutsches Archiv für klin. Med.*; Bd. XIV., Heft 2, S. 129; 1887.)

Die Verfasser nahmen es sich in Rücksicht auf Elektro-Diagnostik zum Vorwurf, die Veränderungen des Leitungswiderstandes des menschlichen Körpers zu untersuchen während kürzerer oder längerer Schliessung der galvanischen Ströme. Ferner bestrebten sie sich festzustellen den Einfluss des Induktionsstromes auf den Leitungswiderstand des menschlichen Körpers.

Die wesentlichsten, zum Theil auch schon von früheren Untersuchern gefundenen Resultate sind:

Der galvanische Strom setzt den Leitungswiderstand des menschlichen Körpers für den Strom selbst herab. Theoretisch musste man darum verlangen, dass bei Widerstandsbestimmungen der Strom immer nur eine minimale Zeit geschlossen sei. Diese Aufgabe ist noch nicht gelöst. Die Widerstandsabnahme geschieht Anfangs rasch, dann immer langsamer, so dass nach einiger Zeit — um so schneller je stärker der Strom — praktisch eine Konstanz erreicht wird. Auch nachdem der Strom unterbrochen ist, bleibt die Abnahme des Widerstandes noch für zirka eine halbe Stunde unverändert bestehen. Erst nach Stunden hat sich der ursprüngliche Leitungswiderstand wiederhergestellt.

Schwache und mittelstarke Induktionsströme ändern den Leitungswiderstand nicht. Starke setzen ihn nur wenig herab.

Das Hauptresultat für dfe Elektrodiagnostic ist, dass polarisirbare Elektroden angewandt werden dürfen.

Der enorm hohe Widerstand des menschlichen Körpers gegen nur sehr kurz dauernde Ströme kann vielleicht folgende merkwürdige Erscheinung erklären, die dem Ref. von einem hervorragenden hiesigen Elektrotechniker mitgetheilt wurde. Bei den neuesten Systemen werden die Glühlampen nicht mehr mit konstanten, sondern mit Wechselströmen gespeist. Man machte es diesen Systemen zum Vorwurf, dass durch die Wechselströme die Arbeiter viel grösserer Gefahr als durch die konstanten ausgesetzt seien. Mein Gewährsmann beobachtete Folgendes: Ein Arbeiter rutscht auf nassem Boden aus, fällt auf den Rücken und kriegt im Falle mit der rechten Hand das Kabel zu fassen. Während 5 Minuten erhält er die Wechselströme durch den ausgestreckten Arm und dann durch den ganzen Körper. Er wird fast bewusstlos und stark zyanotisch gefunden, kommt aber nach einer Viertelstunde zu sich. Verbrennungen hatte er keine, überhaupt keinen bleibenden Schaden. Er giebt an, nur im ersten Moment eine sehr heftige Erschütterung des Körpers, dann aber sehr wenig mehr gefühlt zu haben. Die E. K. war 1000 Volt, die Anzahl der Wechselströme 4000 in der Sekunde!

E. Tiegel.

James R. Chadwick. — Gastrovaginalfistel. Seven cases of Congenital and one of Traumatic Stenosis or Atresia of the Female Genital Canal. — *Boston Med. and Surg. Journ.;* 1886, No. 22.

Unter den interessanten Schilderungen von 7 Fällen von Aplasie der Genitalien finden wir den 5. Fall als besonders hervorhebenswerth. Bei demselben war die Vagina als enger Kanal vorhanden, der Uterus normal. Ch. machte permanente Ausdehnung der Vagina. Als er im Verlaufe der Behandlung zur Entleerung eines Bauchhöhlenabscesses mittelst Troikars von der künstlich dilatirten Vagina aus schritt, wurde dabei auch der dilatirte Magen mit punktirt, so dass eine *Gastro-vaginalfistel* entstand. Diese wurde geheilt, doch starb Patient später an Morbus Brigthii. Sektion wurde leider nicht gestattet. Es ist dies das erste Mal in der Geschichte der Medizin, dass, obwohl vorübergehend, eine Gastrovaginalfistel zur Beobachtung kam.

J. Redard. — Ueber vorübergehende Glykosurie in chirurgischen Krankheiten. — *Bull. méd.*, 1886. —

R. fand, dass nicht nur bei Gehirn- und Rückenmarksverletzungen, sondern auch bei einer grossen Reihe chirurgischer Affektionen vorübergehend Zucker im Urin auftritt. So konstatirte er eine ephemere Glykosurie bei leichten Verletzungen, bei subkutanen Knochenbrüchen (*Radius, Clavicula*), beim *Shock* nach grösseren Operationen (*Amputationen*, solche der *Mamma*), fast konstant bei schweren Phlegmonen, Lymphangoitis, Erysipel, Karbunkeln, Gangrän, Septicämie. Das Auftreten von Zucker schien ganz evident abhängig von der Eiterbildung und war sehr oft begleitet von einer stärkeren Temperatursteigerung (Claude-Bernard fand dagegen, dass im Fieber die Zuckermengen im Urin abnehmen. Dasselbe kann Referent bestätigen.) Um einen wirklichen Diabetes ausschliessen zu können ist es nöthig, den Urin des Patienten kontinuirlich und mehrmals täglich zu untersuchen; zuweilen tritt der Zucker in demselben mehrmals im Verlauf derselben Krankheit auf. Einen intermittirenden Diabetes glaubt R. dabei nach dem ganzen Krankheitsverlauf ausschliessen zu können; doch ist er sich nicht klar darüber, ob irgend ein Zusammenhang zwischen der ephemeren Glykosurie und dem richtigen Diabetes besteht. Häufig ist die ephemere Glykosurie verbunden mit einer ephemeren Albuminurie. In den Beobachtungen Redard's finden sich Mengen von 3,4, selbst 12,15 und 22,9 gr. Zucker (in 1200 Ccm. Urin). (Referent fand schon mehrmals bei schweren chirurgischen Krankheiten temporäre Glykosurie, häufig tritt Glykosurie vor dem Tode, z. B. bei Furunkulose, erschöpfenden Eiterungen, auf; interessant ist also nur die Beobachtung R.'s, dass auch bei leichten Verletzungen ephemere Glykosurie auftritt; allzuhäufig dürfte dies doch nicht der Fall sein. Ref.)

San.-Rath Dr. Hertzka, Karlsbad.

Die sedative Wirkung des Antipyrin und Antifebrin auf Rückenmark und Medulla.

In der *Société de Biologie* (Paris) berichtete Chouppe über Versuche, die er mit Antipyrin in dieser Richtung angestellt hat, während Bonnot in ähnlicher Weise mit Antifebrin experimentirt hat.

Der Beweis für die stark sedative Wirkung auf die Nervenzentren, speziell das Rückenmark wurde durch Darreichung von tödtlichen

Dosen Strychnin an Hunden geliefert. Dieselben gingen nicht zu Grunde, wenn sie vorher oder doch gleich bei Beginn der Intoxikationserscheinungen (tonische und klonische Krämpfe) entweder 2,9—4,0 g. Antipyrin (Chouppe) oder 1,0 g. Antifebrin (Bonnot) injizirt bekamen. Letzterer wies das gleiche für tödtliche Gaben von Nikotin nach.

G. W. R.

Succus alterans bei Rheumatismus und Syphilis.

Man hat uns von zuverlässiger Seite mitgetheilt, dass der Succus alterans (McDade's) sich in der Rezeptur vieler Aerzte dauernd eingebürgert hat und von ihnen hauptsächlich als Alterativum und Tonikum verschrieben wird, ausser seinem Gebrauch in syphilitischen Krankheiten. Die guten Resultate, welche dasselbe in der Behandlung des Rheumatismus, besonders der chronischen Form, sind sehr beachtenswerth. Das Mittel wird zusehends beliebter und da man von ihm nie grosses Aufhebens gemacht hat, sondern es seinen Vorzügen überlassen hat, sich beliebt zu machen, so ist dies die beste Rekommandation. (*Indiana Med. Journal.*)

Personalien etc.

Dr. J. W. Gleitsmann ist zum Professor der Laryngologie an der *New York Policlinic* ernannt worden.

Der „*N. Y. State Board of Medical Examiners*" lässt durch Dr. A. Jacobi, den Präsidenten dieser Körperschaft, die Regeln bekannt geben, nach welchen die Prüfungen von Applikanten für eine *State License* vorgenommen werden sollen.

Allen Ausländern, die in Russland medizinische Praxis ausüben ist die Wahl gestellt worden, entweder sich sofort naturalisiren zu lassen oder das Reich zu verlassen. Dies soll speziell auf österreichisch-ungarische Aerzte gemünzt sein.

Die Zahl der weiblichen Studenten an der Harvard Universität in Cambridge bei Boston in Massachusetts beträgt in diesem Jahre 93, gegen 55 im Vorjahre. Von diesen Studentinnen sind nur 22 für bestimmte Fachstudien inmatrikulirt, während die übrigen nur einzelne Vorlesungen hören. Die jungen Damen, die im Alter von 17 Jahren und darüber stehen, kommen aus 32 verschiedenen Hochschulen in den folgenden Staaten: Californien, Indiana, Iowa, Massachusetts, New Hampshire, New York, Rhode Island, Illinois, Kansas, Maine, Minnesota, Pennsylvanien und Ohio. Von fremden Sprachen wird von den Studentinnen in erster Reihe Lateinisch und Deutsch studirt, hierauf kommt erst Griechisch und zuletzt nach der Zahl der Studirenden, Französisch. In dem sogenannten „Harvard Annex", einem vor sieben Jahren errichteten Neubau, leben die jungen Damen in der angenehmsten Weise zusammen und man sagt es ihnen zu ihrem Lobe nach, dass sie ihre Zeit nicht damit vertrödeln, mit ihren Kommilitionen vom stärkeren Geschlecht schön zu thun.

Von Dr. A. G. Gerster, wird in diesem Monate ein Handbuch über „Aseptische und antiseptische Chirurgie" in englischer Sprache (bei *Appleton*) erscheinen.

Kollege C. A. Bryce, der tüchtige Redakteur der in Richmond, Va., erscheinenden *Southern Clinic*, ist kürzlich durch einen äusserst giftigen und verleumderischen Artikel in einer dortigen Tageszeitung ange-

griffen worden, weil er dem *Virginia Medical College* in freimüthigster Weise die Wahrheit gesagt hatte. Seine Antwort in der Juli-Nummer ist zwar ziemlich umfangreich; dafür ist die Niederlage, welche er seinen anonymen Feinden beibringt, eine so vollständige, dass man ihm von ganzen Herzen dazu gratuliren kann.

Der *Philadelphia Medical and Surgical Reporter* erscheint seit einiger Zeit unter der Redaktion der Doktoren N. A. Randolph und C. W. Dulles, nachdem Dr. D. G. Brinton resignirt hat. Der *Reporter* macht unter seiner neuen Leitung seiner ruhmvollen Vergangenheit Ehre und überbietet dieselbe in Bezug auf Qualität und Quantität des Inhaltes. — *Good luck!* —

In Rumänien erscheint seit Kurzem ein medizinisches Journal, „*Archives roumaines de médecine et de chirurgie.*"

Dem Bellevue Hospital sollen von dem Millionär *D. O. Mills* $80,000 zur Verfügung gestellt worden sein.

Allem Anscheine nach war der Rath der Berliner Aerzte, den Kehlkopf des deutschen Kronprinzen zu exstirpiren doch nicht so extrem. Die fortwährend drohenden Rezidive sind wohl geeignet, dem Kollegen Mackenzie Kopfschmerzen zu machen. Das einzige, was uns an dem Manne gefällt, ist, dass er unseren deutschen Kollegen *in puncto nervi rerum* das Geschäft nicht verdirbt. Seine Rechnungen sind *all right and we give him credit for that!*

Prof. Dr. E. Gurlt feierte kürzlich sein 25jähriges Professoren-Jubiläum.

Ebenso feierte Koelliker seinen 70. Geburtstag zugleich mit seinem 40jährigen Professoren-Jubiläum.

Der Bericht der englischen Kommission zur Untersuchung der Pasteur'schen „Entdeckungen" ist im Allgemeinen günstig ausgefallen, ein Trost, der nach der Veröffentlichung Frisch's (Wien) für Pasteur sehr erhebend war. Immerhin aber hat diese Kommission das *Experimentum crucis* nicht angestellt. Erst wenn sie Thiere mit sicherer Wuth infizirt hätten und dann die nachfolgenden Präventiv-Impfungen dieselben vor dem Ausbruche der Wuth schützten, erst dann wäre der Bericht wirklich endgültig beweisend.

Die neu zu kreïrende ordentliche Professur für medizinische Chemie in Berlin soll durch Salkowski besetzt werden.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

H. IMHOF,
APOTHEKER,
189 East Broadway, cor. Jefferson Street,
NEW YORK.

THOMAS LATHAM,
APOTHEKER,
3. Ave. & 75. Street, NEW YORK.
(vormals bei Eimer & Amend),
erbittet sich die Patronage der Profession. Aerzten die Zusicherung, dass ich Recepte *lege artis* und mit ausschliesslicher Benützung der besten Droguen bereite.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. IV. New York, Oktober 1887. No. 4.

Beiträge zur mikroskopischen Harn-Analyse.

Von Dr. C. Heitzmann.

I. Die Bedeutung von Bindegewebstrümmern im Harne*).

Alles, was man bisher über das Auftreten von Bindegewebsfetzen im Harne gewusst hat, bezieht sich auf jene Formen von Blasen-Tumoren, bei welchen sich Gewebspartikel ablösen und die Diagnose bei Lebzeiten des Kranken ermöglichen. Selbst Giulio Bizzozero kommt in seinem vortrefflichen „Handbuch der klinischen Mikroskopie" (Deutsche Ausgabe; Erlangen, 1883) nicht über diesen Standpunkt hinaus. Er sagt Seite 216:

„Wenn Partikelchen eines Tumors der Blase (Blasenkrebs) mit dem Harne abgehen, so kann man sie nur an den Bindegewebsbündeln und den Krebszellen erkennen."

Und Seite 215:

„Bei zottigen Tumoren oder Karzinomen findet man manchmal noch gut erhaltene Zotten in Form von langen, am Ende abgerundeten, bindegewebigen Strängen, die von Gefässen durchzogen und mit unregelmässigem Plattenepithel überkleidet sind."

Thatsächlich ist aber das Auftreten von Bindegewebstrümmern im Harne ein häufiges Vorkommniss, und wurde wohl nur deshalb übersehen, weil solche Trümmer in der Regel sehr klein sind, und nur bei einiger Uebung sich von Schleimfäden oder ausgefaserten Leinenfäden unterscheiden lassen. Abgesehen davon, dass Schleim ein viel geringeres Lichtbrechungsvermögen hat als Bindegewebe, ist letzteres dadurch gekennzeichnet, dass es fast immer in Bündeln von wechselnder Grösse erscheint, häufig nebst dem fibrillären auch ein feinkörniges Aussehen besitzt und bisweilen selbst kernähnliche Bildungen aufweist. Leinenfäden haben starke Lichtbrechung und zerfasern sich wesentlich verschieden von Bindegewebe.

Fragen wir uns nach der Bedeutung der Bindegewebstrümmer, so ist von vornherein klar, dass sie ihren Ursprung nur tiefer greifenden pathologischen Vorgängen verdanken können. Unter diesen sind anzuführen: Traumen, Abszessbildung, Verschwärung, Blutung und Geschwulstbildung.

Unter den Traumen sind am häufigsten: Mechanische Verletzung des Scheideneinganges bei Masturbation, und Risse am Cervix der Gebärmutter.

Durch die Anwesenheit von Vaginalepithel aus den oberen Lagen ist man im Stande, zu erkennen, dass der Harn von einem weiblichen Individuum stammt. Ich bin weit entfernt, zu behaupten, dass solche

*) Vortrag, gehalten in der *Medizinisch-Chirurg. Gesellschaft Deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 1. Februar 1885.

Vaginal-Epithelien in jedem von einer Person weiblichen Geschlechtes stammenden Harne vorhanden seien. Mädchen jeden Alters mit völlig unberührten nnd gesunden Genitalien haben in ihrem Harne keine Scheidenepithelien. Ich hatte Gelegenheit, den Harn einer 60jährigen jungfräulichen Nonne zu untersuchen und konnte wegen völligen Mangels an Scheidenepithelien das Geschlecht nicht bestimmen. Sobald aber Leukorrhöe selbst geringen Grades vorhanden ist, was bei vielen Mädchen, bei den meisten verheiratheten Frauen, und nach Entbindungen fast immer der Fall ist, lässt sich das Geschlecht bestimmen, vorausgesetzt, dass der Harn nicht mittelst des Katheters entfernt wurde. Ich lege auf einzelne Epithelien von der Grösse der vaginalen keinen Werth, da auch die Blase des Mannes dicht oberhalb der Einmündung der Harnröhre, demnach am sogenannten Blasenhalse, Plattenepithelien von der Grösse der vaginalen aufweist. Wenn jedoch solche Bildungen in grösserer Zahl vorhanden, wenn viele derselben mit Mikrokokken belegt sind, dann gelingt die Bestimmnng des Geschlechtes ohne Schwierigkeit. Sind zahlreiche Epithelien aus allen Schichten der Vagina mit reichlichen Eiterkörperchen vorhanden, dann ist der Rückschluss gestattet, dass es sich um eine intensive katarrhalische oder blennorrhoische Vaginitis handelt; sind aber nebst den angeführten Elementen auch Bindegewebstrümmer vorhanden, dann dürfen wir an Ulzeration in der Vagina, auf Follikular-Verschwärung denken. Sind nur wenige vaginale, dagegen mehr cervicale Epithelien mit wechselnden Mengen von Eiterkörperchen und Bindegewebstrümmern nachweisbar, dann entsteht die Vermuthung, dass es sich um ein Geschwür, eine Exkoriation am Cervix der Gebärmutter, oder um einen Cervical-Riss handle. Diese Diagnosen sind freilich von geringem praktischen Werthe, da sich der Arzt auch ohne Mikroskop, durch Inspektion der Theile, von der Anwesenheit eines der genannten Prozesse wird überzeugen können.

Bisweilen kann aber die mikroskopische Untersuchung darüber Aufschluss geben, dass an den äusseren Genitalien, speziell am Scheideneingange, mechanische Insulte stattfinden, nämlich dass Masturbation getrieben wird. Diese Diagnose wird ermöglicht, wenn nebst Vaginalepithelien, dünne mit Fetttröpfchen belegte Epidermal-Schuppen in grösserer Menge vorgefunden werden, welche von den Nymphen herrühren; wenn nebst Eiterkörperchen auch Epithelien der Bartholini'schen Drüsen vorhanden sind, welche an Grösse mit den Epithelien der Prostata des Mannes übereinstimmen; und endlich, wenn sich Bindegewebsfetzen, von Exkoriationen herrührend, nachweisen lassen. Ich habe schon wiederholt, nach stattgefundener Harnuntersuchung den betreffenden Arzt darauf aufmerksam gemacht, dass es sich um Masturbation, selbst bei kleinen Mädchen, handle, und habe jedesmal die Bestätigung erhalten, wenn es die Mutter über sich brachte, das Kind sorgfältig zu überwachen, ohne es durch zweckloses Fragen zu belästigen.

Ulzerative Prozesse in der männlichen Harnröhre, zumal bei chronischer, zu Strikturen führender Entzündung des Bindegewebes, sind durch anwesende Bindegewebstrümmer diagnostizirbar bei gleichzeitigem Auftreten von grossen, birn- und säulenförmigen Epithelien, wie wir sie als charakteristisch für die Schleimhaut der *Pars membranacea* kennen. Auch die Diagnose hat wenig praktischen Werth, da sich der Arzt durch Sondirung oder Inspektion mittelst des Harnröhrenspiegels über das Vorhandensein eines Verschwärungsprozesses in der Harnröhrenschleimhaut Gewissheit verschaffen kann. Es ist mir

jedoch einige Male vorgekommen, dass ich den betreffenden Arzt auf diesen Prozess aufmerksam machen musste, nachdem ich den Harn des Patienten untersucht hatte. Wiederholt konnte ich die Diagnose auf akute Prostatitis, mit theilweiser Vereiterung der Prostata stellen, indem ich nebst zahlreichen Eiterkörperchen auch viele Epithelien aus der Prostata und Bindegewebstrümmern fand. Bei der im höheren Alter häufigen Hypertrophie der Prostata sind zwar Prostata-Epithelien in wechselnden Mengen, aber keine Bindegewebstrümmer zu sehen; während die Eiterkörperchen auf sekundäre Cystitis, Pyelitis oder Nephritis zurückzuführen waren. Von der Anwesenheit einer Entzündung oder Vergrösserung der Prostrata kann sich der Arzt durch Sondirung und Palpation vom Mastdarm aus leicht überzeugen, und dennoch musste bisweilen erst der Mikroskopiker auf das Vorhandensein solcher Prozesse hinweisen. Von grossem klinischen Interesse ist die Diagnose der Vereiterung eines Samenbläschens mittelst des Mikroskopes. Sie beruht darauf, dass nebst zahlreichen Eiterkörperchen auch reichlich Samenfäden vorhanden sind, deren Köpfchen namhaft, bis zum Umfange von Eiterkörperchen vergrössert sind. Wir haben dann Eiterkörperchen mit langen Fädchen vor uns und sind in der Lage, die Einwanderung von Samenfäden in Eiterkörperchen dadurch auszuschliessen, dass wir alle Stadien der Umwandlung der ersteren zu letzteren verfolgen können. Bindegewebstrümmer sind bei diesem Leiden, von welchem wohl jedes pathologisch-anatomische Museum ein oder einige Exemplare besitzt, jedesmal vorhanden. In keinem der Fälle, in welchen ich diese Diagnose stellen konnte, waren die klinischen Symptome genügend scharf ausgeprägt, um das Uebel, ohne Mithülfe des Mikroskops erkennen zu lassen. In der Regel vermuthete der behandelnde Arzt eine Blasengeschwulst.

Die Lokalisation eines Zerstörungs- oder Neubildungsprozesses in der Blase ist dadurch möglich, dass man Blasen-Epithelien mit Bestimmtheit nachweist: Einfache katarrhalische Cystitis wird nur zur Abstossung von Blasenepithelien, nebst Ausscheidung von Blut- und Eiterkörperchen führen. Um zwischen akuter und chronischer katarrhalischer Cystitis zu unterscheiden, achte man auf die relative Anzahl der Blasen-Epithelien aus den drei Schichten. Sind nebst den genannten Vorkommnissen Epithelien aus den mittleren Lagen der Blase und zahlreiche Epithelien aus den oberen Lagen vorhanden, dann ist die Cystitis eine akute; sind Epithelien aus den oberen Schichten nur in geringer Menge da, oder fehlen dieselben ganz, bei fast ausschliesslichem Vorhandensein von Epithelien aus den mittleren Lagen, dann stellen wir die Diagnose auf chronische Cystitis. Sind nebst diesen Bildungen auch zylindrische Epithelien aus der tiefsten Lage und Bindegewebstrümmer nachweisbar, dann schliessen wir auf ein Geschwür in der Blase. In den meisten Fällen dieser Kategorie werden auch reichliche Blutkörperchen vorhanden sein.

Besondere Schwierigkeiten bereitet die Lokalisation einer Hämorrhagie aus dem Harnapparate. Dieselbe ist nur dann mit Sicherheit möglich, wenn Epithelien aus dem betreffenden Organe gefunden werden können. Je stärker aber der Blutverlust, desto geringer ist die Aussicht, in der Masse des Blutes derlei Epithelien aufzufinden. Wiederholt ist mir vorgekommen, dass ich Stunden lang nach Epithelien suchte, ohne zu einem bestimmten Resultate zu gelangen. Selbstverständlich wird jede Hämorrhagie zum Erscheinen von Bindegewebstrümmern führen müssen, indem bei einer Ruptur von Blutgefässen

das zwischen diesen und den Epithelien gelagerte Bindegewebe sammt den bedeckenden Epithelien fortgerissen wird. Man wird eine Ulzeration in der Blasenschleimhaut als Ursache einer Blasen-Hämorrhagie ausschliessen können, wenn man keine Eiterkörperchen findet, indem man auf das numerische Verhältniss der den Eiterkörperchen nahezu gleich sehenden farblosen Blutkörperchen zu den rothen Blutkörperchen achtet. Man wird an eine Geschwulstbildung in der Blasenwand denken können, wenn man nebst Blasenepithelien der mittleren Lagen reichlich Bindegewebstrümmer findet. Wiederholte, vorausgegangene Blutungen aus der Blase, wie sie selbst von einfachen katarrhalischen Prozessen nicht selten veranlasst werden, lassen sich daran erkennen, dass die Epithelien der mittleren Lagen der Blase eine rostbraune oder braunschwarze Pigmentirung aufweisen, welche die entsprechende, mit freiem Auge sichtbare Färbung der Blasenschleimhaut bedingen.

Unter den Geschwülsten der Blase, welche häufig Blutungen veranlassen, haben wir es hauptsächlich mit zwei Formen zu thun: den gutartigen Papillomen und den bösartigen Karzinomen. Myome der Blasenwand sind grosse Seltenheiten, und hatte ich Gelegenheit, Gewebstrümmer eines verschwärenden Blasen-Myoms durch die Güte des Herrn Dr. L. Weber untersuchen zu können. Diese Tumoren lassen sich erst dann diagnostiziren, wenn abgerissene Theile derselben im Harn erscheinen. Papillome der Blasenschleimhaut kann man erkennen, wenn stark in die Länge gezogene, dendritisch verzweigte, geknöpfte oder aufgeknäuelte, welke, mit Blutgefässen versehene Bindegewebsfetzen auftreten, welche spärlich mit Entzündungskörperchen versehen sind, und keine Epithel-Nester aufweisen Selbstverständlich ist das Abreissen solcher Gewebstheile stets mit Blutung verbunden. Obgleich ich solche Papillom-Trümmer in mindestens einem halben Dutzend von Fällen gesehen habe, konnte ich die bedeckenden Epithelien niemals *in situ* nachweisen. Freiliegende pigmentirte Epithelien hatten fast in jedem Falle den Umfang von Blasen-Epithelien aus den mittleren Lagen. Ich bewahre ein Präparat von Gewebstrümmern von Blasen-Papillom, in welchem das Bindegewebe mit prachtvollen Knöpfen und gefässhaltigen Knäueln versehen ist. Dasselbe wurde mir von einem Landarzt übergeben, der mit grosser Bestimmtheit behauptete, es handle sich hier um eine ulzerative Isolirung und Abstossung der Glomeruli der Nieren. Ich hatte grosse Mühe, bei der Demonstration dieses „merkwürdigen Vorkommnisses" meine Lachlust zu unterdrücken.

Karzinom der Blase, zumal Zottenkrebs, welcher sowohl primär als solcher auftritt, wie auch aus einem ursprünglich gutartigen Papillom hervorgehen mag, kann, wie dies längst bekannt ist, durch Vorhandensein von Gewebstrümmern im Harne diagnostizirt werden. Das Bindegewebe ist reichlich mit Entzündungskörperchen infiltrirt und nicht selten mit epithelialen Nestern versehen. Auch an diesen Trümmern haftet das bekleidende Epithel nur ausnahmsweise. Die Epithelien sind durchschnittlich von der Grösse jener der mittleren Lage der Blase, aber sehr unregelmässig gestaltet, und mit zahlreichen Kernen und glänzenden Klümpchen versehen, — die „Mutterzellen" früherer Autoren — endogene Neubildung lebender Materie in Epithelien, nach unserer jetzigen Anschauung. Die Anwesenheit solcher Epithelien allein darf uns veranlassen, die Diagnose auf Karzinom der Blase zu stellen, indem spezifische „Krebszellen", zumal im isolirten Zustande, unter dem Mikroskop nicht diagnostizirt werden können, und indem ähnliche

Bildungen auch bei Geschwülsten hinter der Blase, selbst bei Pericystitis und Parametritis vorkommen. Nur die oben beschriebenen Gewebstrümmer sind charakteristisch für Karzinom der Blasenwand.

Als Kuriosum will ich ein Harnpräparat meiner Sammlung erwähnen, welches von einem kleinen Mädchen stammt, in dessen Harnblase, wie der behandelnde Arzt guten Grund zu vermuthen hatte, durch die Harnröhre ein Spulwurm (*Ascaris lumbricoides*) gelangt war. Nebst den Merkmalen eines intensiven, akuten Blasenkatarrhs fanden sich zahlreiche, fast schwarze Kügelchen vor, welche möglicherweise Faeces des Spulwurms darstellen. Ein solches Vorkommniss ist gerade nicht unerhört; da ich aber Spulwurm-Faeces keinem speziellen Studium unterworfen hatte, musste ich mich — sehr zum Missvergnügen des Herrn Kollegen — begnügen, die Anwesenheit des Spulwurms für möglich zu erklären.

Blutungen und Verschwärungsprozesse der Nierenbecken werden diagnostizirbar, wenn nebst Bindegewebstrümmern die Epithelien der Nierenbecken und -Kelche gefunden werden. Auf langjährige Erfahrung gestützt, behaupte ich, dass sich diese Epithelien von jenen der Blase und der Ureteren mit Sicherheit unterscheiden lassen, obgleich dies von Anderen vielfach bezweifelt worden ist. Nicht nur die Fortsätze der Epithelien, sondern auch deren Grösse und die Klarheit und Grösse der Kerne geben uns zur Unterscheidung genügende Anhaltspunkte. Ich werde freilich von einem einzelnen Epithel nicht mit Bestimmtheit aussagen können, ob es aus der Blase oder aus dem Nierenbecken stamme; wenn ich aber in einem oder einigen Tropfen Harnes mehrere Epithelien mit den genannten Merkmalen auffinde, dann stelle ich auch meine Diagnose mit Sicherheit. Bei Blutungen aus den Nierenbecken, die durchaus nicht selten sind, fehlen Eiterkörperchen; bei Vereiterung und Verschwärung der Becken und Kelche sind dagegen reichliche Eiterkörperchen vorhanden, und bisweilen auch die Konkremente von Harnsäure oder oxalsaurem Kalk, oder von Beiden, welche die Veranlassung zur Vereiterung geben. Selbst lange vorher aufgetretene Becken- und Kelchblutungen lassen sich daran erkennen, dass die betreffenden Epithelien und die von denselben stammenden Eiterkörperchen Hämatoïdinkrystalle oder rostbraune Pigmentkörner in wechselnder Anzahl führen. Von der Menge der Eiterkörperchen und der Bindegewebstrümmer lässt sich ein Rückschluss auf die Intensität des Zerstörungsvorganges machen, während die Epithelien selbst zu diesem Zwecke nicht verwerthet werden können; denn eine Anzahl derselben zerfällt zu Eiter, bevor es zu deren Ausscheidung mit dem Harne kommt. Wenn Bindegewebstrümmer im Vergleiche zu Eiterkörperchen und Kelchepithelien zahlreich sind, wäre an eine Geschwulstbildung in einem oder um ein Nierenbecken zu denken; doch wage ich hierüber keine bestimmte Aussage zu machen, da solche Vorkommnisse doch zu selten sind, und mir Sektionsbefunde über Nierengeschwülste fehlen.

Nierenblutung ist mit Sicherheit zu erkennen, wenn nebst Blutkörperchen und Bindegewebstrümmern Nierenepithelien in grösseren Mengen aufgefunden werden. Jede intensive Nierenentzündung ist durch Anwesenheit von Bindegewebstrümmern gekennzeichnet, und zwar sowohl im akuten Stadium, wenn die Entzündung von Hämorrhagie begleitet ist, wie auch im chronichen Stadium, oder bei subakuter Nephritis. Bei der Ausgangsform der katarrhalischen (interstitiellen, desquamativen) Nephritis, der Cirrhose oder Schrumpf-

niere begegnet man in der Regel nur kleinen und spärlichen Bindegewebstrümmern ; während bei den Ausgangsformen der croupösen (parenchymatösen) Nephritis, der Atrophie, der Hypertrophie und den sekundären fettigen und amyloiden Entartungen der Nieren Bindegewebstrümmer im Harne recht häufige Vorkommnisse sind. Ich habe noch keinen von Fettnieren oder von Kombinationen von Fett- und Amyloidnieren stammenden Harn untersucht, ohne kleinen Bindegewebstrümmern begegnet zu sein. Rothe Blutkörperchen sind in derartigem Harne gleichfalls häufig zu finden, aber nicht in genügender Menge, um die Anwesenheit der in Rede stehenden Bildungen durch Blutungen erklären zu können.

Von grossem diagnostischem Werthe sind Bindegewebstrümmer im Harne bei eitriger Nephritis oder Nierenabszess. Die reichliche Menge von Eiterkörperchen und Nierenepithelien ist an und für sich nicht genügend, die Diagnose auf einen Nierenabszess zu stellen, wenn nicht gleichzeilig solche Trümmer vorhanden sind, welche unmittelbar auf einen Zerstörungsprozess im Nierengewebe hinweisen. Die Bündel erscheinen im Harne in wechselnder Grösse, sowohl bei der akuten, wie auch bei der chronischen eitrigen Nephritis. Im ersteren Falle müssen es interepithetiale Bindegewebsbündel sein, welche dem Zerstörungsprozesse entronnen sind, indem an denselben der streifige Bau ganz gut zu erkennen ist. Im lezteren Falle dürften die Trümmer aus der den Abszess umschliessenden Bindegewebswand, der ehedem sogenannten *„Membrana pyogena“* stammen, welche bekanntlich zunächst dem Eiterherde einer kontinuirlichen Zerstörung unterworfen ist. Zur Differental-Diagnose zwischen frischer und chronischer eitriger Nephritis lassen sich die Bindegewebe eben nicht verwerthen. Man schliesst auf einen chronischen Abszess der Niere, wenn sowohl die Nieren-Epithelien, wie Eiterkörperchen, Fettkörnchen oder Krystalle von Hämatoïdin enthalten.

Die Ihnen vorgelegten Präparate zeigen, Sie werden das gerne zugeben, die besprochenen Verhältnisse mit grosser Klarheit. Viele dieser Präparate sind schon 10 Jahre alt, ohne sich im Geringsten verändert zu haben. Man konservirt Harnsedimente, wenn es sich nicht um Harnsalze handelt, indem man zum frischen Harne einige Tropfen einer konzentrirten Chromsäurelösung träufelt, bis sich das Eiweiss niederschlägt. Nach etwa einer Woche wird die Flüssigkeit abgegossen, und durch verdünnten Alkohol ersetzt, um das Schimmligwerden zu verhüten. Das auf solche Weise behandelte Sediment versetzt man mit etwas absolut reinem Glyzerin, lässt dass Wasser 24 Stunden lang verdampfen und montirt davon mittelst eines Haarpinsels mit der Vorsicht, dass man zwischen Objektträger und Deckgläschen gerade die genügende Menge einschliesst. Für die Konservirung von Eiterkörperchen, Epithelien, Harnzylindern und Bindegewebstrümmern kenne ich keine bessere Methode.

Original Succus Alterans.

Die *Original*-Preparation Succus Alterans gab mir die grösste Befriedigung bei der Behandlung von Syphilis und Rheumatismus. Ich gab in manchen solchen Fällen den Succus allein und habe mich überzeugt, dass er mir stets als das beste Alterativ bei Behandlung von Krankheiten des Blutes gedient hat. Ihr ergebenster

Frederick Oberd, *Hot Springs, Ark.*

Ueber den Einfluss der äusseren Umgebung (Environment) auf die Entwicklung bacillärer Phthise.

Von Dr. E. L. Trudeau in Saranac-Lake, Adirondack, N. Y.*)

übersetzt

mit Bewilligung des Autors

von

Dr. Paul H. Kretzschmar in *Brooklyn, N. Y.*

Obwohl die Arbeiten von Koch, Baumgarten, Weigert u. A. uns Vieles in Bezug auf die Aetiologie der Tuberkulose gelehrt haben, so sind doch die wirklichen Ursachen, welche zur Entwicklung der Phthise nach Infektion mit dem Tuberkel-Bacillus führen, noch immer in Dunkel gehüllt und klinische Erfahrungen scheinen oft mit den Lehren der Bakterien-Theorie in Widerspruch zu gerathen. Während die ältere Schule schlechte hygienische Einrichtungen, mangelhafte Ernährung, Struma, anatomische Veränderungen in der Struktur des menschlichen Körpers und Vererbung als die Hauptursachen tuberkulöser Erkrankungen hinstellen, wird durch die neuere experimentelle Medizin fast unumstösslich der Beweis geliefert, dass der Bacillus Tuberculosis nothwendig ist zur Entwicklung dieser besonderen Klasse tödtlicher Krankheiten.

Die uns zur Zeit bekannten Ursachen der Phthise können in zwei Klassen eingetheilt werden, von denen die eine hauptsächlich vor, die andere nach der Geburt wirksam ist; die erstere wird repräsentirt durch Vererbung, die zweite durch die äussere Umgebung.

Die Frage der Vererbung ist eine sehr verwickelte und Manches ist da noch immer nur hypothetisch, während der Einfl ss der äusseren Umgebung leichter und wissenschaftlich genau studirt werden kann. Der Einfluss von Luft, Licht, Ernährung und Lebensweise auf die Entstehung der Phthise ist ein so bestimmter, dass es nicht schwer ist, das Vorkommen von Phthise in gewissen Gegenden mit grosser Sicherheit vorherzusagen, wenn man die obenerwähnten Einflüsse kennt und richtig zu verwerthen versteht. Dr. Bowditch und Dr. Pepper[1] hierzulande und Dr. Buchman[2] in England haben werthvolle Arbeiten nach dieser Richtung hin geliefert und ihre Mittheilungen allein liefern schon den Beweis, dass die Umgebung eine höchst wichtige Rolle bei der Entwicklung von Phthise spielt. Eine andere, nicht weniger bedeutsame Frage ist die: Welchen Einfluss hat die äussere Umgebung auf das Fortschreiten und die Entwicklung der Phthise, nachdem die tuberkulöse Infektion stattgefunden hat Um festzustellen, in wieweit die verschiedenartigsten äusseren Verhältnisse (*Environment*) die Fortpflanzung des eingeimpften Bacillus begünstigen oder verhindern können, und in welchem Verhältnisse sie gemeinschaftlich oder einzeln zur Entwicklung der Phthise stehen, wurden die nachstehenden Beobachtungen gemacht, um womöglich einen Beitrag zur Lösung folgender drei Fragen zu liefern:

I. Welche Resultate ergeben sich, wenn beide Bedingungen, — bacilläre Impfung und schlechte hygienische Verhältnisse — vorhanden sind?

II. Sind schlechte hygienische Verhältnisse allein, wenn jede mögliche

---

*) Vortrag, gehalten vor der *American Climatological Society* in Baltimore, Maryland, am 1. Juni 1887.

[1]) *N. Y. Med. Journal* v. 4. December 1886.

[2]) 9th *and* 10th *Reports of Med. Officer, Privy Council* 1865—1867.

Vorsicht, den Bacillus fern zu halten, angewandt wird, im Stande Phthise hervorzurufen?

III. Ist die Fortpflanzung des Bacillus mit seinem Zerstörungswerk in Thieren stets zu erwarten, wenn diese unter den bestmöglichen hygienischen Verhältnissen leben?

Versuche.

Es wurden 15 Kaninchen benutzt und zwar in drei Abtheilungen. Jede Abtheilung wurde genau beobachtet und unter den Einfluss solcher Verhältnisse gebracht, als dazu angethan sind, uns Material zur Beantwortung unserer drei Fragen zu liefern.

Versuch I. Diesen fünf Kaninchen wurden in die rechte Lunge und in die linke Seite des Halses mit 5 Minims (0,36) sterilisirten Wassers, eine zur Trübung genügende Quantität von Reinkultur (3. Generation) des *Bacillus tuberculosis* enthaltend, geimpft. Die Nadel der Koch'schen Injektionsspritze wurde subkutan an der linken Seite des Halses und im dritten Interkostalraume 30 mm tief an der rechten Seite eingeführt. Die Thiere wurden dann in eine kleine Kiste und diese in einen dunklen Keller gebracht. Da die Thiere nur geringe Quantitäten von Futter erhielten, hatten wir die Bedingungen von Frage I möglichst getreu geschaffen: Infektion und schlechte hygienische Verhältnisse.

Versuch II. Fünf gesunde Kaninchen wurden wie folgt behandelt: Sie wurden in eine kleine Kiste mit hohen Seitenwänden und ohne Deckel gebracht und diese wurde in ein Loch von zehn Fuss Tiefe gesenkt, das zu diesem Zweck auf freiem Felde gegraben worden war. Das Loch wurde mit Sträuchern und frischer Erde zugedeckt und eine angebrachte Fallthüre nur so oft geöffnet, als die Darreichung des spärlichen Futters — eine Kartoffel pro Tag pro Thier — bedingte. Der Grund des Loches war so feucht, dass der Boden der Kiste stets nass war. Man kann aus dem Gesagten ersehen, dass diese gesunden Thiere, obwohl sorgsam vor Infektion bewahrt, in möglichst schlechte hygienische Verhältnisse gebracht worden waren. Frische Luft, Licht und Bewegung war auf ein Minimum beschränkt worden, die Ernährung war mangelhaft und die Einathmungsluft war auserdem nasskalt.

Versuch III. Fünf Kaninchen, die genau in derselben Art und Weise geimpft worden waren, wie die beim ersten Versuch verwendeten, wurden unmittelbar nachher auf einer kleinen schönen Insel des Sees in Freiheit gesetzt, im Juni 1886. Die Umgebung dieser Thiere war in jeder Hinsicht ausgezeichnet; sie lebten fortwährend in frischer Luft und im Sonnenschein und es dauerte nicht lange bis sie sich die Beweglichkeit wilder Thiere angeeignet hatten. Das Gras und die grünen Sträucher der Insel lieferten geeignetes, frisches Futter und ausserdem wurde ihnen noch Gemüse verschiedener Art täglich zugeführt. Es ist klar, dass diese Thiere, obwohl künstlich infizirt, in einer Umgebung lebten, die geeignet war, ihre Lebenskräfte möglichst zu erhalten und zu stärken.

Ergebnisse.

Versuch I. Von den geimpften Kaninchen starben vier innerhalb der ersten drei Monate und in allen Fällen war die infizirte Lunge intensiv erkrankt, die andere Lunge und die Bronchialdrüsen waren mehr oder weniger angegriffen und Tuberkel in verschiedenen Stadien, aber immerhin gross genug, um sie mit blossem Auge zu erkennen, wurden

in der Leber, der Milz, dem Peritoneum und der Pleura gefunden. Tuberkel-Bacillen-Kulturen wurden von diesen Organen erlangt. Das fünfte Kaninchen war am Leben und wurde getödtet vier Monate nach der Impfung. Bei der Sektion wurde konstatirt, dass die rechte Lunge hepatisirt und geschrumpft war, der obere Theil war fast vollständig zerstört und eine Bronchialdrüse von der Grösse einer Haselnuss, voll rahmigen Eiters, füllte die rechte obere Brusthöhle aus; Tuberkel in allen Stadien käsiger Degeneration wurden zahlreich in dem oberen Theil der linken Lunge gefunden. Die übrigen Organe waren gesund.

Versuch II. Die fünf ungeimpften und gesunden Kaninchen, die in das feuchte Erdloch gebracht worden waren, lebten sämmtlich noch am Ende des vierten Monats. Sie erschienen sehr abgemagert und die Felle waren rauh; trotzdem waren die Thiere ungefähr ebenso lebhaft wie beim Beginn der Versuche. Alle wurden innerhalb weniger Tage getödtet, aber eine sorgfältige Untersuchung aller Organe ergab nichts Abnormes.

Versuch III. Eines der fünf Kaninchen, denen die Freiheit nach der Impfung gegeben worden war, starb gerade einen Monat nach der Inokulation. Der untere Theil der rechten Lunge war hepatisirt; die Bronchialdrüsen ebenso wie die Axillardrüsen der linken Seite vergrössert; einige Tuberkel wurden in der Milz gefunden. Die linke Lunge und die übrigen Organe waren nicht erkrankt. Die übrigen vier Kaninchen schienen sich ausgezeichneter Gesundheit zu erfreuen und waren so wild geworden, dass zwei von ihnen nicht gefangen werden konnten, sondern geschossen werden mussten. Alle wurden Anfang November, also vier Monate nach der Impfung getödtet Sie zeigten sämmtlich gutes Fettpolster und die frische Röthe und Derbheit des Fleisches bildeten einen merklichen Kontrast mit dem der vorher untersuchten Thiere. Alle Organe waren gesund und selbst der Stich der Injektionsspritze konnte nicht gefunden werden.

Die Ansicht, dass die Entwicklung von bacillärer Phthise von einer Reihe von Umständen abhängt, und dass ausser dem Bacillus noch andere Elemente einen wichtigen Einfluss ausüben, wird durch unsere Versuche bestätigt. Wie sicher und schnell der Bacillus sein tödtliches Zerstörungswerk ausführt, wenn die normale Widerstandsfähigkeit aus irgend einem Grunde vermindert ist, zeigt der erste Versuch. Der lokalisirten Tuberkulose folgte in vier von fünf Fällen allgemeine Infektion und Tod.

Es sollte nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Versuchsthiere in den Laboratorien oft durch Entziehung von frischer Luft, Licht und durch mangelhafte enge Wohnung ungünstig beeinflusst werden, und dass diese Umstände von grossem Einfluss bei Beobachtungen einer Krankheit sind, deren ganzes Wesen so von hygienischen Verhaltnissen abhängt, wie die Tuberkulose. Da der Ausschluss von bacillärer Infektion im zweiten Versuch nur annähernd und nicht absolut sein konnte, so scheint der Schluss umsomehr gerechtfertigt, dass die ungünstige äussere Umgebung allein, wie solche von schlechter hygienischer Umgebung, mangelhafter Ernährung u. s. w. bedingt wird, nicht im Stande ist, Phthise hervorzubringen. Das Loos der geimpften Thiere, die nachher die Freiheit genossen, ist höchst lehrreich; es scheint den Beweis zu liefern, dass in der Mehrzahl der Fälle, wenn die Widerstandsfähigkeit und die Ernährung auf höchster Stufe stehen, die durch künstliche Einführung des tödtlichen Tuberkelbacillus hervorgerufene Krankheit überstanden wird und Heilung eintritt. Es

darf allerdings nicht ausser Acht gelassen werden, wenn man den Einfluss der Umgebung genau in Betracht ziehen will, dass bei diesen Versuchen die Tuberkulose eine künstliche gesunden Thieren eingeimpfte — und nicht, wie dies sonst sowohl bei Menschen wie bei Thieren der Fall ist, das Resultat einer Reihe verschiedenartiger Zustände war, die aus sich selber geeignet sind, derartig auf den Allgemeinzustand zu wirken und die Widerstandsfähigkeit des Individuums so zu verringern, dass eine spontane Infektion möglich ist. Dass Phthise in den ersten Stadien in Heilung übergeht, ist durch zahlreiche Sektionen bei Leuten, die später aus anderen Ursachen starben, und durch eine lange Reihe klinischer Beobachtungen bewiesen worden.

Die interessanten Fälle von tuberkulöser Infektion bei der rituellen Beschneidung, die Lehmann[1] kürzlich berichtete, zeigen, dass ein grosser Bruchtheil aller Fälle (ein Drittel) wiederhergestellt wurde nach künstlicher Infektion, trotzdem schon eine Allgemeinerkrankung eingetreten war. Es ist durch wiederholte Versuche bewiesen worden, dass die Umgebung allein genügte, um gewisse Thiere, die sonst immun sind gegen bestimmte Infektionskrankheiten, für dieselben empfänglich zu machen. So ist es Pasteur[2] gelungen, Hühner durch Anthrax zu tödten, nachdem er deren natürliche hohe Körpertemperatur durch längere Zeit fortgesetzten, theilweisen Aufenthalt in Wasser erniedrigt hatte, obwohl Hühner im Allgemeinen gegen Anthrax immun sind. Gibier[3] infizirte mit Erfolg Fische und Metschinkoff[4] Frösche mit demselben Gifte, nachdem diese Thiere längere Zeit in erwärmtem Wasser gelebt hatten, trotzdem es keinem der beiden Beobachter gelang, die betreffende Thierart im Naturzustand zu infiziren. Es ist eine bekannte Thatsache, dass viele Arten wilder Thiere, Vögel u. s. w., die in der Freiheit nie an Tuberkulose erkranken, in der Gefangenschaft sehr bald dieser tödtlichen Krankheit erliegen und ebenso, dass die nordamerikanischen Indianer, unter denen die Lungenphthise früher fast unbekannt war, jetzt unter dem für sie schädlichen Einflusse einer zivilisirten Lebensweise durch Schwindsucht schnell dezimirt werden.

Wenn nun erwiesen ist, dass die äussere Umgebung eine so wichtige Rolle bei dem Verlauf einer künstlich erzeugten Infektion spielt, darf man dann deren Einfluss auf die bestehende Krankeit ausser Acht lassen? Wie bedeutend ihr Einfluss sein kann, ist zur Genüge durch die Verschiedenheit der obigen Resultate bewiesen, welche bei vollständig gleichmässiger Impfung der später in Freiheit gesetzten und der unter ungünstige hygienische Verhältnisse gebrachten Versuchsthiere erzielt wurden. Dass aber auf der anderen Seite die ungünstigen hygienischen Verhältnisse nicht die Krankheit selbst, sondern nur die Disposition derselben schaffen können, ist durch die zweite Versuchsreihe dargelegt worden; denn, obgleich dieser Abtheilung der Versuchsthiere sowohl frische Luft, wie Licht und Bewegung entzogen, als auch das Futter auf ein Minimum beschränkt wurde, entwickelte doch keines derselben eine organische Krankheit.

Es scheint demnach bewiesen, dass, nachdem die lokale Infektion stattgefunden hat, der spätere Verlauf der Krankheit und das Endre-

---

[1]) *Deutsche Med. Wochenschrift* 1886. No. 9, 13. — Siehe auch Dr. Willy Meyer's Bericht eines solchen Falles in der N. Y. Med. Presse, No. 1, Bd. IV., S. 1.

[2]) *Les Bacteries*, Cornil & Babes, S. 582.

[3]) *Ibid*, S. 581.

[4]) *Virchow's Archiv*, Vol. XLVIII. S. 503.

sultat derselben zum grossen Theile von der Widerstandsfähigkeit des Individuums abhängt, und dass die Widerstandsfähigkeit durch Alles das bedingt und beeinflusst wird, was unter dem Begriffe äussere Umgebung (*Environment*) und Vererbung auf den Gesammtorganismus Einfluss ausübt.

Die Zelle und der Bacillus sind in stetem Kampfe nach Oberherrschaft und obwohl die Bakteriologie als Wissenschaft noch recht jung ist, so hat sie uns doch deutlich gezeigt, dass es die Zellen sind, die dem verheerenden Bacillus sich muthig entgegenstellen und ihn zu bekämpfen versuchen.

Metschnikoff[1] sah beim Frosche Lymph-Zellen Anthrax-Bacillen umschliessen und vernichten und Wyssokowitsch fand Bakterien, die er in den Zirkulationsapparat von Thieren eingeführt hatte, von den Zellen, die die inneren Wände der Kapillargefässe verschiedener Organe bekleiden, umschlossen und schliesslich ebenfalls vernichtet werden. Manche Beobachter betrachten die Eiterung als einen konservativen Prozess, in welchem Leukozyten in grossen Massen auswandern die Bakterien zu vernichten und damit allgemeine Infektion zu verhüten. Das eigenthümliche Verhältniss zwischen dem Bacillus und dem Nucleus der Riesenzelle deutet auf die Wahrscheinlichkeit eines bestehenden Antagonismus hin. Wie auf der einen Seite in vielen Fällen die pathogene Kraft von Infektionskeimen beliebig, und durch die Einflüsse der Behandlung und Veränderungen in der äusseren Umgebung in ihrer Wirkung ganz bedeutend verändert, vermindert und sogar vernichtet werden kann — wir erinnern hier nur an die aus Pockengift gewonnene Schutzpocke — so kann auch auf der andern Seite die Widerstandsfähigkeit des natürlichen Feindes der Krankheitskeime — der Zelle — durch angemessene Manipulation und durch den Einfluss günstiger äusserer Verhältnisse (*Environment*) verstärkt und verändert werden.

Watson Cheyne[2] sagt in einer Revue seiner neuerlichen Versuche, nachdem er die Art und Weise beschrieben, in welcher Weise grosse Quantitäten von Verwesungs- und nicht pathogenen Bakterien in dem Zirkulationsapparat von Kaninchen zerstört werden, "aber dieses ist nicht der Fall, wenn das Thier sich in schlechtem Gesundheitszustande befindet."

In diesem Lichte betrachtet, widersprechen sich weder die Lehren klinischer Erfahrung, die Resultate therapeutischer Behandlung, noch die Beweise, welche die Experimente an Thieren uns bringen. Alle Massregeln, die darauf hinarbeiten, die Widerstandsfähigkeit der Zellen zu kräftigen sind die, die beim heutigen Stande der Wissenschaft als die erfolgreichsten Methoden zur Bekämpfung der Phthise anerkannt werden.

Spezifische Behandlungsweisen, die auf kürzere oder längere Zeit sich gewisser Popularität erfreuten, sind eine nach der andern in Misskredit gerathen. Hygiene, Klima und Ernährung, in anderen Worten, eine günstige Umgebung haben allein Resultate geliefert, die noch heute Anerkennung finden.

Wenn wir schliesslich das Resultat dieser Beobachtungen uns nochmals vor Augen führen, so müssen wir zu dem Schlusse kommen, dass die Umgebung zwar nur die Disposition, nicht die Infektion schaffen

---

[1] *Virchow's Archiv*, Vol. XLVIII. Seite 503.

[2] Ueber das Schicksal der in's Blut injizirten Mikroorganismen, *Zeitschrift für Hygiene*, Band I. Heft I.

kann, dass dieselbe aber ohne Zweifel einen mächtigen Einfluss auf den späteren Verlauf und das Endresultat der Krankheit hat, und dass wir — ohne die pathogene Eigenschaft des Bacillus und seine ungeheure Wichtigkeit zu unterschätzen — in dem Bestreben, das Problem der Schwindsuchts-Therapie zu lösen, niemals den Einfluss der äusseren Umgebung (*Environment*) auf die Entwicklung der Widerstandsfähigkeit der Zellen aus dem Auge lassen dürfen.

Die neuere Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten.*)

Referent: Dr. Emerich Hertzka in Karlsbad.

Seit durch die Einführung der Magensonde zu diagnostischen Zwecken die vorher unzureichenden Untersuchungsmethoden wesentlich erweitert wurden, sind erhebliche Fortschritte gemacht worden in der Erforschung der pathologisch-physiologischen Störungen des Magens. Während wir über die Resorptionsfähigkeit der Magenschleimhaut und über die Peristaltik noch wenig sichere Daten haben, ist der Chemismus der Verdauung unter normalen und pathologischen Verhältnissen durch die zahlreichen Arbeiten von Leube und Riegel mit ihren Schülern, von Ewald u. A. unserer Erkenntniss aufgeschlossen worden. Nicht nur für die exakte Diagnose — auch für eine rationelle Therapie ist in den meisten Fällen von Magenerkrankungen die chemische Untersuchung des Mageninhaltes unentbehrlich geworden. Die physikalischen Methoden der Inspektion, Palpation, Perkussion werden deshalb nicht ausser Kurs gesetzt; auch die für die Erkennung des Sitzes von Tumoren, von Ektasien auf Frerich's Empfehlung geübte Aufblähung des Magens durch Kohlensäure giebt werthvolle Aufschlüsse; aber wir können uns mit dem Nachweise einer Ektasie nicht begnügen: erst wenn wir wissen, ob als ursächliches Moment eine Lähmung der Muskularis oder eine Hypersekretion und Hyperazidität, oder insuffiziente Saftsekretion, oder abnorme Gährung oder Pylorusstenose besteht, haben wir auch Handhaben für die Therapie.

Was zunächst die Gewinnung des zur Untersuchung nöthigen Mageninhaltes betrifft, so bedienen wir uns dazu der weichen elastischen sogenannten Nélatonsonden, die auch ohne Mandrin leicht eingeführt werden können, beziehungsweise von den meisten Patienten ohne Anstand geschluckt werden. Man lässt dann die Kranken nach dem Vorgang von Ewald und Boas die Bauchpresse anstrengen, eventuell unterstützt durch einige Hustenstösse; so wird man fast immer das nöthige Quantum Mageninhalt bekommen und zwar unverdünnt. Darin liegt der Hauptvortheil dieser Methode gegenüber den früher befolgten, so z. B. der Leube's, welcher durch Infusion von 100 Gramm Eiswasser die Sekretion anregte, dann nach 10 Minuten diese Flüssigkeit mit 300 Gramm Wasser herausspülte und dann dieses Gemenge chemisch prüfte.

Gleich hier mag erwähnt sein, dass das Erbrochene sich zur chemisch diagnostischen Untersuchung der Verdauung nicht eignet, weil die Zeit des Erbrechens gewöhnlich nicht dem zur Untersuchung geeigneten Zeitpunkt entspricht — und weil beim Brechakt aus Mund, Nase, Larynx und Trachea Schleim herzuströmt, eventuell auch Galle beige-

*) Obiges vortreffliche Referat finden wir in No. 34 der *Münchener Medizinischen Wochenschrift;* dasselbe empfehlen wir hiermit der Aufmerksamkeit unserer Leser.

mengt wird, so dass die Zusammensetzung des ursprünglichen Magensaftes sehr alterirt wird. Das erste Moment, worauf wir achten, ist die Feststellung der Digestionsdauer — ob sie normal oder verlängert sei; deshalb ist es nothwendig, zu einer bestimmten Zeit diese Untersuchung vorzunehmen; nach Ablauf von sieben Stunden (etwas mehr bei Frauen während der Menses) soll der Magen völlig leer sein; ist dies der Fall, so ist damit ausreichende motorische Thätigkeit des Magens erwiesen; auch kann man aus dem Leersein des Magens nach Ablauf der genannten Zeitfrist erfahrungsgemäss den Schluss ziehen, dass die Saftsekretion keine wesentliche Herabsetzung erfahren hat.

Der zweite Punkt der Untersuchung ist die Prüfung der Stärke der Saftsekretion; zu diesem Zwecke wird einige Stunden (mindestens 3, besser 5—6) nach der Mahlzeit*) unverdünnter Mageninhalt ausgehebert und filtrirt; mit dem klaren eventuell durch Kohle zu entfärbenden Filtrat werden folgende Untersuchungen angestellt:

1. Prüfung auf seine Reaktion resp. Azidität,
2. „ „ freie Salzsäure,
3. „ „ organische Säuren,
4. „ „ seine peptische Kraft,
5. „ „ seinen Säuregehalt.

Die makroskopische Betrachtung des Filterrückstandes liefert auch oft diagnostisch verwerthbare Anhaltspunkte; weniger ergiebig ist die Ausbeute der mikroskopischen Untersuchung desselben.

Das Filtrat wird zunächst mit Lakmus auf seine Reaktion geprüft; zu weiterer Prüfung, zuerst auf Salzsäure, bedienen wir uns jetzt mit Vortheil des durch Hösslin empfohlenen Kongo-Papiers — auch am nicht filtrirten Mageninhalt verwendbar. Das mit Kongoroth getränkte Filterpapier wird von freier Säure lila bis blau gefärbt; deutliche Blaufärbung beweist das Vorhandensein freier Salzsäure. Bei Riegel's vergleichenden Untersuchungen der quantitativen Säurebestimmung und der Intensität der Kongoreaktion ergab sich, dass je höher der Salzsäuregehalt des Magensaftes, desto intensiver die Bläuung des Kongo-Papiers — dass bei fehlender oder unzureichender Menge von Salzsäure auch trotz gleichzeitiger Anwesenheit von organischen Säuren niemals deutliche Bläuung auftritt; in allen Fällen, in denen der Magensaft das Kongo-Papier deutlich bläute, verdaute das Filtrat Eiweiss gut. Für den Praktiker also, der nicht in der Lage ist, die exakten, für wissenschaftliche Zwecke unentbehrlichen Methoden zu befolgen, ist in dem Kongo-Papier ein Behelf gegeben als diagnostisches Kriterium für genügendes Vorhandensein — und als therapeutisches für die Anwendung — von Salzsäure.

Als zuverlässige Reagentien auf freie Salzsäure haben wir ferner Tropäolin 00 und Methylanilinviolett kennen gelernt; beide werden in wässeriger Lösung angewandt. Die Ausführung der Probe geschieht am besten in der Weise, dass man auf flachen Porzellanschälchen wenige Tropfen dieser Farbflüssigkeiten in möglichst dünner Schicht vertheilt und tropfenweise den filtrirten Magensaft vom Rande des Schälchens hereinlaufen lässt. Die gelbrothe Farbe des Tropäolin wird bei genügender Salzsäuremenge in eine dunkelrothe bis braune verwandelt; reichliche Mengen von Milchsäure und sonstigen organi-

*) Leube empfiehlt als Probemahlzeit: Suppe, Beefsteak und Weissbrod. Ewald als Probefrühstück Morgens nüchtern 35—70 Gramm Weissbrod mit 2—300 Gramm Wasser oder Thee (hier Untersuchung nach einer Stunde).

schen Säuren verändern die Tropäolinlösung nicht. Die Methylviolettlösung wird durch ausreichend salzsäurehaltigen Magensaft gebläut. Der ausgesprochen positive Ausfall dieser beiden Reaktionen beweist mit Sicherheit das Vorhandensein genügender Mengen freier Salzsäure. Bei geringer Säuremenge kann die Reaktion durch die Anwesenheit von Peptonen und gelösten Albuminaten beeinträchtigt werden. — Als weiteres Reagens ist immer das von Uffelmann empfohlene Eisenchloridkarbol*), das speziell dem Nachweise der Milchsäure dient, in Anwendung zu ziehen. Diese stahlblaue Lösung wird, wenn nur freie Salzsäure vorhanden ist, entfärbt, dagegen bewirkt Milchsäure eine deutliche Gelbfärbung. Reichliche Mengen von Eiweisssubstanzen oder Phosphaten im Filtrate verdecken die Gelbfärbung durch eintretende Trübung; in solchen Fällen ist vorher das Filtrat wiederholt mit Aether auszuschütteln und der Rückstand nach Verdunstung der ätherischen Extrakte mit Eisenchloridkarbol zu behandeln.

Im Anschluss an die genannten Proben ist immer die Verdauungsfähigkeit des Filtrates zu prüfen. Zu diesem Zwecke wird ein Scheibchen aus gesottenem Hühnereiweiss (1 : 8 mm.) in 10 ccm. des Filtrates gebracht und bei Körpertemperatur gehalten; normaler Magensaft braucht zur Auflösung eines solchen Stückchens $\frac{1}{2}$—1 Stunde.

Als letzte Untersuchungsmethode wird die quantitative Säurebestimmung ausgeführt mittelst $^1/_{10}$ n. Natronlösung nach der Titrirmethode, wobei Lakmustinktur als Indikator dient. In Fällen, in denen beträchtliche Mengen organischer Säuren zugegen sind, hat diese Methode wenig Werth, umsomehr jedoch bei Hyperazidität.

Dies der Gang der Untersuchung, deren Vollständigkeit erheischt, dass wir keine der genannten Proben weglassen — speziell alle erwähnten Farbstoffreagentien anwenden. Auch sind bei jedem Patienten die Untersuchungen öfters zu wiederholen.

Auf Grund der mit Hülfe der vorstehend skizzirten Methoden gewonnenen Resultate können wir jetzt verschiedene Gruppen von Störungen der chemischen Funktion des Magens unterscheiden: Verminderung der Saftsekretion, Vermehrung derselben und qualitative Störungen. — Verminderung der Saftabscheidung bezw. der Salzsäureproduktion charakterisirt das chemische Verhalten des Mageninhaltes bei *Carcinoma ventriculi*, bei ausgedehnter Amyloiddegeneration der Magenschleimhaut, bei Atrophie derselben (auch nach toxischer Gastritis), im Fieber und bei Rückfluss von Galle. Die Unterscheidung dieser Zustände untereinander dürfte im Zusammenhalt mit den übrigen klinischen Symptomen meist keine erheblichen Schwierigkeiten machen. Das Vorhandensein freier Salzsäure beim Magenkarzinom, das zuerst Van der Velden auf Grund von Untersuchungsergebnissen in Abrede stellte, ist in jüngster Zeit Gegenstand lebhafter Diskussion gewesen. Wenn auch Cahn und Mering mittelst einer komplizirten Methode beim Karzinom noch Salzsäure nachweisen konnten, so bleibt der mit Recht von Riegel (auf Grund von Tausenden von Analysen) so betonte negative Ausfall der Proben mit den erwähnten Farbstoffreagentien als werthvolles diagnostisches Kriterium. R. hat in seinen zahlreichen Versuchen dargethan, dass Eintritt der Farbstoffreaktion und Verdauungstüchtigkeit regelmässig übereinstimmen. Honigmann und Noorden haben gezeigt, dass die Azidität des nach der Methode von Cahn und Mering auf der

*) *Liq. ferri sesquichlor*..... gtt. IV.
Solut acid. carbol 4 %
Aq. dest..... .....aa 20,0

Höhe der Verdauung untersuchten karzinomatösen Magensaftes (nach Entfernung der organischen Säuren) allerdings durch Salzsäure bedingt ist, jedoch ist diese nicht in Form von freier überschüssiger Salzsäure vorhanden, sondern in Form von sauer reagirenden Verbindungen. Diese Bindung ist wahrscheinlich der Grund, warum es nicht gelingt, die Salzsäure durch die bekannten Farbstoffreaktionen nachzuweisen. Der Werth dieser Reaktionen zum Nachweis freier überschüssiger und verdauungsfähiger Salzsäure im Magensafte ist also nicht erschüttert.

Vermehrung der Saftabscheidung bezw. der Azidität haben wir seit Uebung der jetzigen Untersuchungsmethoden als sehr häufiges charakteristisches Moment bei Digestionsstörungen kennen gelernt. Reichmann hat zuerst darauf hingewiesen und Riegel zeigte, dass beim *Ulcus ventriculi* konstant der Gehalt an Salzsäure ein auffallend erhöhter ist. Er spricht neuerdings die Ansicht aus, dass die Hyperazidät das Primäre, das *Ulcus* das Sekundäre darstellt. Während beim gesunden Menschen und bei Thieren Verletzungen der Magenschleimhaut leicht heilen, müssen bei der allgemein beobachteten erschwerten Heilung des *Ulcus rotundus* abnorme Bedingungen vorliegen. Riegel sieht in der Hyperazidität das Hinderniss der Vernarbnng und den Grund zu den häufigen Rezidiven.

Als ein einfaches Beispiel von Hyperazidität haben wir auch eine *Dyspepsia acida* kennen gelernt, nicht auf dem Boden abnormer Gährungen, sondern nur durch Ueberproduktion von Salzsäure charakterisirt, bei Manchen nach dem Genuss gewisser Speisen auftretend, dann bei Chlorose und Kardialgie auf chlorotischer Basis u. s. w. Auch bei einigen Karzinomfällen, die auf der Basis von *Ulcus* entstanden, konnte Hyperazidität konstatirt werden.

Neben der Hyperazidität — die eine Vermehrung der Salzsäureabscheidung während des Verdauungsaktes darstellt — haben wir jetzt auch noch eine Hypersekretion oder kontinuirliche Saftsekretion unterscheiden gelernt, bei der also auch unabhängig vom Verdauungsakt beständig Saftsekretion zu Stande kommt. Der in solchen Fällen gegen Ende der normalen Verdauungszeit entnommene Mageninhalt zeigt beachtenswerthe Eigenthümlichkeiten:

1. Noch grosse Mengen des Inhalts überhaupt.
2. Vollständige Fleischverdauung.
3. Mangelhafte Amylaceenverdauung.
4. Hochgradige Azidität.

Der beständig anwesende reichliche Magensaft bedingt die rasche Eiweissverdauung, während die hier beständig — schon im Moment der Speiseneinführung — im Magen befindliche Salzsäure die amylolytische Wirkung des Speichels aufhebt. Die mangelnde Amylaceenumwandlung und dadurch gestörte Resorption und Weiterbeförderung führen allmählich zu Atonie und Ektasie des Magens. Im Filterrückstande eines solchen Mageninhalts sind die Amylaceenreste auffallend im Gegensatz zu den vorherrschend groben Muskelbestandtheilen etc. bei karzinomatösen Ektasien. Für die Diagnose Hypersekretion beweisend ist nur das Resultat der Ausheberung bei nüchternem, völlig speisefreien Magen (also eventuell nach am Abend vorher gemachter Ausspülung); es findet sich dann eine farblose fadenziehende Flüssigkeit (in Mengen von 2 bis 500 g.), die alle Charaktere des Magensaftes besitzt und auch annähernd normalen Salzsäuregehalt zeigt; auf der Höhe der Verdauung jedoch erhalten wir hier höhere Werthe, so dass man also bei jeder ausgesprochenen Hypersekretion auch Hyperazidität findet.

Bezüglich der qualitativen Störungen kommen vornehmlich die abnormen Gährungen in Betracht, die bei den verschiedensten Formen der Dyspepsie auftreten können und meist mit quantitativen Störungen der Saftsekretion vergesellschaftet sind — besonders mit Verminderung derselben.

Auf die Therapie der Magenkrankheiten sind die Errungenschaften der neueren diagnostischen Methoden auch von Einfluss. Die Indikationen für die bislang schon angewandten Säuren und Alkalien lassen sich nunmehr präziser stellen. Die Salzsäure werden wir da verordnen, wo sie nachweislich in zu geringer Menge produzirt wird; der Erfolg ist namentlich bei chronischen Katarrhen und abnormen Gährungen ein eklatanter. Bei Hypersekretion und Hyperazidität ist die Darreichung der Salzsäure selbstredend contraindizirt. Ueber die zu verordnenden Quantitäten sind die Meinungen noch getheilt, doch wird allgemein mehr gegeben als bisher — etwa 30 Tropfen in einem Weinglas voll Wasser eine Stunde nach der Mahlzeit, oder mehrmals 8 Tropfen in viertelstündigen Intervallen. Qualität und Quantität der eingeführten Nahrung sind auch maassgebend. Gegen die übermässige Säure werden die alkalisch-mineralischen Quellen von Karlsbad mit grossem Erfolg angewandt, daneben abstumpfende Mittel wie *Natron bicarbonicum* und *last not least* regelmässige Ausspülungen des Magens vor der Mahlzeit. Um einen Mageninhalt von einigen 100 ccm. Flüssigkeit zu neutralisiren, brauchen wir auch grössere Quantitäten — nach Boas schon 5—10 g. *Natr. bic.* bei mässiger Dyspepsie, bei höheren Graden 2—3mal täglich diese Dosis. Der genannte Autor bevorzugt bei Darreichung von Alkalien die Form fixer Salze, da Flüssigkeiten den Magen schneller verlassen, während dieser erst nach drei Stunden den Höhepunkt seiner Leistung erreicht. Aus der Beschaffenheit des ausgeheberten Mageninhalts gewinnen wir auch werthvolle Anhaltspunkte für die einzuhaltende Diät. Bei Hypersekretion und Hyperazidität ist Vermeidung von Amylaceen geboten, sind dagegen Fleischspeisen aller Art und Eier zu gestatten; weniger ängstlich brauchen wir mit dem Verbot der Amylaceen beim Säuremangel zu sein, hier werden wir mit der Eiweisskost vorsichtig sein müssen. Bei manchen Formen von muskulärer Insuffizienz und Atonie des Magens wird Elektrizität und Massage mit Erfolg angewandt. Wenig Gebrauch machen wir von den Stomachicis, nur die Condurangorinde — meist in Form des Condurangoweines — erfreut sich eines guten Rufes.

Literatur:

1) Riegel, Ueber Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. *Volksmann's Sammlung* 289.
2) Riegel, Ueber kontinuirliche Magensaftsekretion. *Deutsche med. Wochenschrift* 1887. No. 29.
3) Riegel, Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten. *Zeitschrift f. klin. Med.* XII. p. 426.
4) Cahn und v. Mering, die Säuren des gesunden und kranken Magens. *Deutsches Archiv f. klin. Med.* XXXIX.
5) Honigmann und v. Noorden, Verhalten der Salzsäure im karzinomatösen Magen. *Zeitschr. f. klin. Med.* XIII. p. 87.
6) Boas, Ueber den heutigen Stand der Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. *Deutsche med. Wochenschrift* 1887. No. 24, 25, 26.

Aufzeichnungen über

Die fashionablen Aerzte am Hofe Ludwig XIV.

Von Dr. phil. Paul Rachel in Dresden.

Wer in *Le Sage's „Gil Blas"* die Kapitel liest, in denen von der ärztlichen Praxis jenes Schelmes berichtet wird, wer die staunenswerthen Dinge betrachtet, die in *Molière's „Malade imaginaire"* zur Verhandlung kommen, der wird sich schwer zu dem Glauben entschliessen können, dass solche Zustände damals in Wirklichkeit bestanden haben. Und doch haben wir in den Aufzeichnungen der Zeitgenossen so manche bestätigende Notiz gefunden, die uns veranlasst zu schliessen: In den beiden dichterischen Werken sind zwar auf einzelne Aerzte die Mängel und Verbrechen Vieler gehäuft, es ist in *„ Gil Blas "* und in dem „Eingebildeten Kranken" gar Manches, um zu unterhalten oder um zu geisseln, übertrieben — aber in Wahrheit hat es damals fast nur Quacksalber, aber auch ebenso viel thörichte und abergläubische Patienten gegeben. Treffliche Bestätigung dieser Ansicht geben uns die Briefe der Elisabeth Charlotte, Herzogin von Orleans, die diese aus Deutchland stammende pfälzische Prinzessin vom Hofe Ludwigs XIV. an ihre Verwandten in Deutschland geschrieben hat. Sie berichtet so recht *con amore* die einzelnen Vorgänge ihres eigenen Lebens, sowie die ihrer Umgebung, und natürlich kommt sie dabei viel auf Krankheiten, auf Heilkünstler und Heilmittel zu sprechen. Die hohe Bedeutung dieses Briefwechsels für die politische Geschichte, mehr noch für die Kulturgeschichte der Zeit, in der die Schreiberin gelebt, ist längst anerkannt worden; vielleicht ist aber das, was sie — in oft sich wiederholender Weise — über Aerzte und Arzneien ihrer Zeit mitgetheilt, im Zusammenhange noch nicht gewürdigt worden; und doch lohnt es sich, einen Blick in das Thun und Treiben der Hofärzte, in die Medizin- und Pflasterkästen der hohen Dame zu thun.

Dies soll in der vorliegenden Skizze versucht werden.

Ueberall da, wo die Prinzess auf das vorliegende Thema zu sprechen kommt, hören wir immer und immer wieder vom Aderlass und vom Purgiren. Sie selbst hat sich zwar lange Zeit und namentlich bis zu ihres Mannes Tode, wo sie sich doch noch eher eine gewisse Unabhängigkeit wahrte, dagegen gesträubt alle möglichen Anordnungen ihres Leibarztes über sich ergehen zu lassen. Es war ja damals noch die schöne Zeit, in welcher Derjenige, der es wahrhaft gut mit seiner Gesundheit meinte, aus *„précaution"* wöchentlich oder überhaupt in gewissen Zeitabschnitten eine Purganz einnahm oder eine gewisse Quantität Blutes sich abzapfen liess. Da die Herzogin dies nicht that und in ihren kräftigsten Jahren nur selten von Krankheit geplagt wurde, konnten es die weisen Aeskulape am französischen Hofe sich nicht anders denken, als dass sie aus Deutschland ein Präservativ, ein Lebenselixir mitgebracht habe, welches sie vor ernsteren Krankheiten behütete. Das Mittel war aber ein sehr einfaches, das sie uns gelegentlich selbst angiebt; sie sagt:

„Mit Diette courirt man besser alss mitt hundert Remedien; dass ist meine einzige Arzenei."

Und ein andermal meint sie: „Je mehr man arzeneiet, desto mehr muss man arzeneien."

Deshalb ist sie stolz darauf, selten ihren *Doctores* gefolgt zu haben; denn „wer sie (die Aerzte) anhören wollte, müsste immer etwas brauchen."

Ja, sie schreibt ihre Gesundheit gerade dem Umstande zu, dass sie nie etwas aus „*précaution*“ gebraucht habe. Leute, die das thun und Ader lassen, sind delikater und kränklicher, als die, die es nicht thun. Als sie nach ihres Mannes Tode jedoch in völliger Abhängigkeit vom König lebte, als ihr Sohn, der nachher so berüchtigte Regent, heranwuchs, als dann und wann Gebrechen und Schwächen des Alters sich einstellten, konnte sie sich der wohlgemeinten Rathschläge nicht mehr erwehren. Sie sagt uns selbst, dass der ganze Hof sie plage, wenn sie Aderlass oder Medizin ihrem Doktor abschlage. Um nun Ruhe zu haben, thut sie Alles, was man will, ohne starken Glauben, dass es ihr gut bekommen würde.

Diese mangelhafte Zuversicht hat sich denn auch reichlich bestätigt. In vielen ihrer Briefe können wir's lesen, wie sehr es sie mitnimmt, namentlich da beide Prozeduren an ihr zu gleicher Zeit vorgenommen wurden. Gewöhnlich verlor sie 16 Unzen Blut, und sie sagt an verschiedenen Stellen, dass sie sich gewöhnlich drei Wochen so matt fühle, dass sie kaum gehen könnte; erst dann fange sie an, sich wieder allmählich zu erholen.

Während eines starken Fiebers, das sie befallen, hat man ihr zweimal stark Ader gelassen, ihr zweimal Medizinen, dreimal Klystiere gegeben. Davon ist sie so angegriffen worden und 14 Tage lang so schwach gewesen, dass sie Niemand im Zimmer laut hat reden lassen können.

Trotzdem sie an sich so traurige Erfahrungen gemacht hatte, hat sie doch immer wieder redlich Medizin geschluckt. In der Hauptsache sind es zwei Mittel, von denen sie erzählt: ein grüner Saft, aus Brunnenkresse, Karbel und *chicorée* (zu deutsch Wegwart) zusammengesetzt. In den späteren Jahren ihres Lebens tauchte ein neues Remedium auf: das *Epsom-Salz*. Dieses stammt, wie sie erzählt, aus einem Sauerbrunnen, und muss im Wasser „schmelzen“. Als sie dieses neue Heilmittel zum ersten Mal ordinirt bekam, hatte sie das Vergnügen, 3 Biergläser Wasser mit darin aufgelöstem Salz zu trinken! Obwohl sie des öfteren über durch das Salz hervorgerufene Schwächezustände klagt, glaubt sie später doch daran, dass dies sowie der grüne Saft sehr gut für „Störungen in der Milz“ seien. Sie sagt:

„Wenn mein Milz sich zu stark mit Galle gefüllt hat, muss ich's wieder leeren, oder ich werde krank.“ Die Trauer um den Tod die Herzogin von Berry hat ihr „das Milz voll verbrannter Galle gesteckt“ — der grüne Saft hat sie geheilt — ?

Am 12. Dezember 1711 schreibt sie, sie leide so an Schlafsucht, der Doktor wolle dies durch Aderlass und „Medizin“ kuriren, und droht mit „Schlaganfall und Wassersucht“. Die Folge ist, dass sie am 21. Januar noch über schreckliche Mattigkeit klagt. Wie toll die Leute ihrer Umgebung behandelt wurden mit dem fortwährenden Aderlass, geht aus manchen Erzählungen hervor. So berichtet sie, dass ein Herr DE LA TEIMANILLE wegen heftigen Fiebers z w a n z i g M a l zur Ader gelassen worden sei, so erschrecklich, dass, wie man ihn geöffnet, man keine andere Ursache des Todes in ihm gefunden, als dass er keinen Tropfen Blut mehr in seinen Adern gehabt. Zwei Jahre vorher hatte derselbe Doktor dieses Herrn Gemahlin auch so hingerichtet.

Einst hatte die Dauphine das Fleckfieber: Sie wird in vollem Schweiss(?) und roth wie Scharlach aus dem Bette genommen und zur Ader gelassen; sie wird weiss wie Papier und ist den andern Tag todt.

Auch von Solchen berichtet sie, die während der Windpocken von den Aerzten mit Aderlass geplagt worden seien.

Ihrer Meinung nach hätten diese Personen etwas ganz Anderes gebrauchen sollen, dessen begeisterte Anhängerin sie ist: das Mylady-Kent-Pulver. Das hat ihr in dieser Krankheit das Leben erhalten. Als sie es genommen, habe ihr ein Arzt gesagt, sie müsse unfehlbar sterben, denn Pulver ohne Aderlass sei tödtlich. Nach ihrer Genesung sagte sie ihm: „Urtheilt nicht, bevor ihr geprüft habt." Das ächte, das sie früher gehabt, schabte sich weiss, das neue, das ihr ihre Halbschwester schickte, aber schwarz. Sie liess es aber nicht erst von einem Arzt examiniren, denn „ausser Aderlass, Purgiren, Klistiren, in Sauerbrunnen gehen und Eselsmilch trinken brauchen sie nichts; auch findet man Nichts bei den Apothekern als Clistir, émetiquec, sené rabarbe und casse, weiter nichts als mit einem Wort Alles, was zum Purgiren und Clistiren nöthig ist, sonst nichts." Ausser dem Mylady-Kent-Pulver hat sie aber noch eine Fülle von Pulvern, Balsamen und Pflastern, die ihr von allen Seiten empfohlen worden, die sie auch gern probirt. So besitzt sie von ihrer Tante, der Kurfürstin von Hannover, noch 2 Schachteln Goldpulver. Grosse Hilfe gewährt ihr in mancherlei Leiden eine *Pommade divine*, ebenso ein *Beaume universelle*, ja sogar ein *Beaume de la Mecque*. Dieser war im Jahre 1720 schwer zu bekommen, da in Folge der Pest „die Häfen der Provence gesperrt waren". Der Universalbalsam, den sie sich einmal aus Deutschland schicken lässt, thut gleich grosse Wirkung, denn eine ihrer Kammerfrauen wird von starken "Hauptschmerzen" kurirt. Die *Pommade divine* hilft ihr gegen Schmerzen in der Hand—auch „G'schwer" im Hals; gegen Husten, gegen Magen- und Brustschmerz hilft diese ‚göttliche Pommade', wenn man nur den leidenden Theil tüchtig ‚einschmiert' und ein Tuch darum legt. Sie lindert auch bei Brandwunden, vertreibt rheumatische Schmerzen; sammeln sich „G'schwere", so dissipirt der darauf gestrichene Balsam ohne einzuschlagen u. s. w.

Ist es uns bei diesen Balsamen jetzt nicht mehr möglich zu erforschen, woraus sie eigentlich bestanden, so wissen wir doch, dass sie auch Copaivabalsam genommen hat; denn er ist gut „vor allerhandt Grimmen, vor das Gries, vor alle Wunden", ja sogar gegen den Biss eines Vogels zu gebrauchen. Auch innerlich kann man es gut verwerthen: man thut es in Zucker, schüttelt es, dass es eine Pille wird.

Ferner preist sie auch einen *Balsamo di fiore di lavendolo*. Diesen lässt sie sich aus Italien besorgen und verwendet ihn oft, denn er ist gut für Alles an den Füssen; „aber nicht an den Knieen" fügt sie drolliger Weise hinzu. Die Kniee scheinen ihr durch häufiges Anschwellen viel Noth gemacht zu haben. Eine Zeitlang nahm sie ein Pflaster, das die Mutter eines ihrer Bedienten für die Armee machte; es roch stark nach Balsam und half ihr recht gut.

Ein andermal zeigt sie schon mehr Verstand; sie verabscheut alles „Geschmiers" und windet englischen Flanell um die Knie, der, wie wir uns eher denken können, ihr wohl gut gethan haben mag. Auch *Arquebusade* — Wasser, das besonders gegen Schusswunden gebraucht wird, hilft ihr gegen Knieweh. Jedenfalls verabscheut sie ein damals sehr empfohlenes Mittel gegen Knieweh : Bestreichung mit Menschenfett. Für den Magen ist ihr Ambra sehr angenehm. Pillen hasst sie im Ganzen und bedient sich ihrer so selten, als möglich, erzählt auch mit grossem Vergnügen, dass ein naschhafter *Maître d'hôtel* 20 Frankfurter Pillen in der Meinung, es seien *Cachoux* zu sich genommen habe, ohne dass er irgend einen Schaden davon verspürt habe.

Gewisse Sachen sind ihr antipathisch, so Kampherspiritus, den sie

des Geruches wegen nicht leiden kann; und doch empfiehlt sie einer Freundin *Eau de vie de Campher* gegen Torticollis!

Dann und wann neigt sie zu sogenannten Sympathiemitteln. So meint sie, dass gegen Halskrampf starkes Reiben helfe — womit wir jedenfalls einverstanden sind — ausserdem solle man aber auch Sehnen von Elendthierfüssen um den Hals binden. Da sie eine längere Zeit an Hüftweh gelitten und Purgiren ihr nichts genützt, hat ihr der Marschall *de Tessé* einen Ring, auf dessen Innenseite eine Hasenklaue liegt, gegeben, und seitdem sie ihn trägt, geht es besser.

Mit diesen sonderbaren Aeusserungen verknüpft sich manche vernünftige Massregel: Sie reibt sich die Ohren etc. täglich mit kaltem Wasser, um „allerhand Flüsse" zu vermeiden. Hier und da kommt auch ein vollständiges Rezept zu Tage. So verschreibt sie ihrer Stiefschwester folgendes gegen die rothe Ruhr:

„Etwas Milch gekocht, ein Eidotter hinein, etwas Rosenwasser dazu und warm getrunken." Ferner weiss sie noch ein Tränkchen gegen Husten zu bereiten:

‚Das Gelbe von einem Ei lässt man in Wasser und Zucker sieden, hiernach klopft man es so lange bis es so weiss wie eine Milch wird, und trinkt es, so warm man es leiden kann."

Gegen Nierenschmerzen knüpft sie Leinsamen (etwa einen Dukaten schwer) in ein Tuch und lässt dies 24 Stunden im Wasser hängen und trinkt letzteres alsdann!

Wie bei allen Zeitgenossen, so stand auch bei ihr hoch im Werthe der sogenannte *Bézoaro*, ein Steingebilde, das im Innern verschiedener Thiere vorgefunden wird und dem man damals grosse Heilkraft zuchrieb. Sie bedauert, dass sie den *pierre de porc* nicht besitze (deutsch: Saustein, Oelstein, Stinkstein, Stinkkalkstein) der noch trefflicher sei. Dagegen ist sie höchst erfreut, als ihr die Prinzessin v. Wales einst einen neuen Bezoar sendet, den sie von den Jesuiten in Goa bezogen hat.

Aus diesen Proben ersieht man, wie abergläubisch die damaligen Patienten waren, wie leichtes Spiel die Herren Diafoirus, Purgon und Fleurant hatten. Denn wenn eine Frau, die doch schon für etwas aufgeklärter, als ihre Umgebung gelten darf, wie die „*Lise-Lotte*," sich mit so manchem nichtsnutzigen Mittel plagt, wieviel mehr müssen sich die anderen Leute haben gefallen lassen.

Lungenschwindsucht und Höhenklima.

Referent: Dr. Geo. W. Rachel.

Die Zahl der Luftkurorte im Gebirge für Phthisiker ist im letzten Jahrzehnt erheblich gewachsen. Die Erfolge, welche speziell in Meran und in Davos erzielt worden sind, zusammen mit denjenigen, welche aus den geschlossenen Anstalten Brehmer's, Dettweiler's u. A. in den weitesten Kreisen, ärztlichen und nichtärztlichen, bekannt geworden sind, dürften wohl als hauptsächliche Veranlassung dazu gelten.

Zu diesen geschlossenen Anstalten im Gebirge gehört auch St. Andreasberg im Harz; der dort als Anstaltsarzt fungirende Dr. Hermann Jacubasch hat vor Kurzem ein Büchlein* erscheinen lassen, in welchem er seine Ansichten über die Aetiologie, Pathogenese, Heilbarkeit, Pro-

*) Dr. Hermann Jacubasch (Stabsarzt a. D., Badearzt in St. Andreasberg i. H.) Lungenschwindsucht und Höhenklima; Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Tuberkulose. — Stuttgart, Ferdinand Enke, 1887.

phylaxis und Therapie der Phthise darlegt. Das Werkchen enthält auf verhältnissmässig kleinem Raume (76 S.) so manches für den praktischen Arzt Wissenswerthe, und da J. in vielen Dingen eine von den üblichen abweichende Meinung vertritt, so sollen dieselben im Folgenden kurz skizzirt werden.

In Bezug auf die Aetiologie hält Verf. daran fest, dass nicht die Tuberkulose selbst, sondern nur die Disposition zu derselben vererbt wird. Kongenitale Tuberkulose bei Neugeborenen ist ungemein selten und glaubt J., dass entweder direkte Uebertragung der Tuberkulose von der daran erkrankten Mutter auf den Fötus oder — wenn die Erkrankung in den ersten Wochen nach der Geburt konstatirt wird — eine Infektion anzunehmen ist. Denn nach Koch u. A. ist es ja schon 8—14 Tage nach Einimpfung tuberkulösen Materials möglich, die ersten Veränderungen an der Impfstelle nachzuweisen. Eine latent gebliebene Tuberkulose giebt J. nicht zu, so wenig wie er sich der Ansicht anschliesst, dass die grösste Zahl der Todesfälle auf das 2. und 3. Lebensdezennium falle; im Gegentheile behauptet er:

„Dass die Sterblichkeit an Tuberkulose mit dem Lebensalter proportionell steigt."

Wenn man das Verhältniss der Gestorbenen zu den Lebenden in Rechnung bringt, so zeigt es sich, dass, abgesehen von einer grösseren Sterblichkeit in den ersten Lebensjahren (wegen häufiger Hirnhauttuberkulose) die niedrigste Mortalität zwischen das 5. - 10. Jahr fällt, dass von da ab eine beständige Steigerung bis zum 60. resp. 70 Lebensjahre stattfindet, worauf schliesslich abermals eine Abnahme eintritt.

Des Verfassers Ermahnung: Dass der Arzt stets der grossen Gefahr eingedenk sein sollte, dass ein mit Tuberkulose behafteter Kranker ein Infektionsherd für seine Umgebung ist ist sehr beherzigenswerth und wird dieser Umstand noch von so manchem Mediziner viel zu wenig berücksichtigt, selbst wenn er in seiner chirurgischen Praxis der skrupulöseste Antiseptiker ist.

Gegenüber Brehmer[1]) und Anderen hält J. an der Ubiquität des Tuberkel-Bacillus fest, zitirt den etwas drastischen Ausdruck Dettweiler's: „Der Phthisiker entgeht seinem Parasiten nicht!" und fügt hinzu, dass man sich in der That wundern muss, wieso „bei dieser Ubiquität des Bacillus nicht noch mehr Menschen dieser Krankheit zum Opfer fallen, als ohnehin schon geschieht."

Als Ursache dieses Umstandes gilt ihm vorerst die körperliche Disposition und dann die äussere Umgebung.

In Bezug auf letztere betont er Armuth[2]), resp. mangelhafte Ernährung, schlecht ventilirte Wohnräume, Stadtluft gegen Landluft und Höhenluft gegen die Luft der Niederungen. Der habituelle Alkoholgenuss (Brehmer) findet keine Erwähnung.

In Bezug auf die Disposition des Individuums selbst giebt er allerdings zu, dass man in gewissem Sinne allerdings von einer erblichen Veranlagung zur Lungenschwindsucht sprechen kann (nicht aber von einer Vererbung der Tuberkulose). Der von Rokitansky zuerst beschriebene phthisische Habitus (kleines,

[1]) Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht; Bergmann, Wiesbaden, 18 7. S. 140 u. folgende.

[2]) Nach Marmise starben in Bordeaux:
von 1000 reichen Leuten 85
von 1000 armen Leuten .....625 (!)
an Tuberkulose.

schwächliches Herz, verhältnissmässig grosse Lungen, kleiner Bauchraum mit kleinen Baucheingeweiden), welchen namentlich Brehmer ausführlich herbeigezogen hat, ist jedoch nach J. auch sehr oft als erworben und nicht als vererbt anzusehen. Muskelschwäche, vorzeitige oder krankhafte Verknöcherung der Rippenknorpel (Freund) können häufig zur Entstehung des sogen. paralytischen Thorax Veranlassung geben. Interessant ist die Behauptung des Verfassers, dass nach seinen Erfahrungen als Mitglied einer Rekrutirungs-Kommission „der Brustumfang der semitischen Bevölkerung — in den Wartheniederungen — fast durchweg unter den Durchschnittsmaassen blieb.

Nach einem sehr interessanten Kapitel, in welchem die Uebertragung der Tuberkulose durch direkte Infektion eingehend behandelt wird, folgt das III. Kapitel über die Heilbarkeit der Tuberkulose, die ja jetzt ausser allem Zweifel steht.

Praktisch wichtiger sind die beiden letzten Kapitel, welche Prophylaxis (IV) und Therapie (V) behandeln.

In Bezug auf erstere fordert J. die Regelung derselben durch den Staat auf dem Wege der Gesetzgebung und zwar auf breitester Grundlage. Es handelt sich dabei um Vernichtung der Krankheitsherde und Verhütung des Weiterumsichgreifens der Krankheit selbst.

Daher bedarf es zuerst einer genauen Ueberwachung des Viehbestandes durch staatlich angestellte Beamte, um der Krankheit verdächtige Thiere zu isoliren und die erkrankten zu vernichten. Fleischschau und Ueberwachung der Milchwirthschaft ist so nöthig wegen Tuberkulose, wie wegen der Trichinose etc., und der Milchverwässerung.

Ferner wird in Bezug auf den Menschen zwangsweise Desinfektion des Nachlasses von Schwindsüchtigen gefordert.

Ueberwachung der Fabriken etc. durch staatlich angestellte Beamte ist durchaus wünschenswerth; doch stösst dieselbe erfahrungsgemäss auf hartnäckigen Widerstand seitens der Fabrikbesitzer und zuweilen auch der Arbeiter[1]).

In Bezug auf individuelle Verhältnisse befürwortet J. möglichst frühe Trennung der zur Schwindsucht disponirten Kinder von ihren phthisischen Eltern — wird wohl ebenso frommer Wunsch bleiben wie die vorherigen Forderungen. Zu diesem Zwecke soll der Verein für Kinderheilstätten Gebirgsstationen nach dem Muster der Seehospize errichten.

Bei Knochen- und Gelenkstuberkulose radikale Antisepsis nach zielbewusster Operation. Ebenso bei Lupus und „skrophulösen" Drüsen und Hautaffektionen. J. empfiehlt für dieselben Sublimat (Doutrelepont) oder grüne Seife (Kapesser). (Es ist zu verwundern, dass die Behandlung des Lupus mit Milchsäure noch immer so wenig Eingang gefunden hat. Ref.)

Bei abgekapselten, stark sezernirenden Kavernen glaubt J., sei die Drainirung, resp. Resektion einer Rippe gerechtfertigt. Die prophylaktische Resektion der erkrankten Lungenspitzen hält er zwar für ausführbar, bezweifelt jedoch, dass sie etwas nützen würde.

Das von Brehmer mit Recht so stark betonte zwangsweise Ueber-

[1]) In Sheffield widersetzten sich, wie J. angiebt, die Arbeiter der Einführung verbesserter Ventilations-Einrichtungen, weil dadurch die Lebensdauer des Einzelnen verlängert und die Konkurrenz vergrössert würde. — Ein trauriges Kommentar zu der hochgepriesenen modernen Zivilisation!

füttern erwähnt J. nicht; auch nicht die Enthaltsamkeit von alkoholischen Getränken seitens phthisisch Veranlagter oder Erkrankter.

Im letzten Kapitel, über die Therapie, wird der Immunität eingehend gedacht und diejenige der Bevölkerung von der des Ortes unterschieden. (Dass bei Nomaden, welche früher frei von Tuberkulose waren, nicht das Sesshaftwerden allein Ursache des Einreissens der Tuberkulose ist, darf wenigstens in Bezug auf die Indianer hierzulande getrost behauptet werden. Es sind im Gegentheile diese Verhältnisse unter den im Indianergebiete angesiedelten viel besser, als unter den noch die Lebensweise ihrer Vorfahren beibehaltenden, d. h. nomadisirenden Stämmen. Der Grund, warum unter diesen eine viel grössere Sterblichkeit an der Schwindsucht herrscht als unter jenen, ist einfach der, dass die nomadisirenden dem ihnen vom *Uncle Sam* mit ihren Rationen gelieferten „Feuerwasser" sehr stark zusprechen, während die sesshaften in dieser Beziehung äusserst mässig sind. Ref.)

Was nun die Immunität des Ortes anbelangt, so handelt es sich dabei einerseits um den Einfluss des Meeres, so dass Inseln[1]), Halbinseln und Küstenstriche gegen das Binnenland relativ immun sind und dann um Gebirgsländer und Oasen. Relative Immunität der Gebirgsländer tritt am ausgesprochensten auf grösseren Hochplateaux[2]) zu Tage. Aber auch in den europäischen Ländern gilt die Regel, dass die Schwindsuchts-Sterblichkeit mit der Höhenlage abnimmt; in der Tiefebene ist die Phthise am häufigsten, in höher gelegenen Orten wird sie seltener und verschwindet in gewissen Höhenlagen schliesslich gänzlich. Diese schwindsuchtsfreie Zone beginnt nun je nach der geographischen Breite des Ortes in verschiedenen Höhen. Für Deutschland nimmt man etwa 400 500 Meter (1400—1800 Fuss) als diejenige Höhe an, von welcher an die schwindsuchtsfreie Zone beginnt. Doch ist es natürlich dafür von grösster Wichtigkeit, dass die betr. Orte auch sonst günstig liegen, keine starke Bevölkerung haben und vor allen Dingen keine nachtheilig auf die Gesundheitsverhältnisse wirkende Industrie besitzen.

Die Ursache der Immunität, behauptet J., sei noch nicht gefunden; nur darüber sei man einig, dass das heilkräftige Agens in der atmosphärischen Luft — nicht im Erdboden oder im Wasser zu suchen sei. Die Annahme Hirsch's, Brehmer's u. A., dass die Vermehrung der Exspirationskraft — mit dem Spirometer gemessen — und die Stärkung des kleinen, schwachen Herzens — durch Vermehrung der Pulsfrequenz, Erhöhung des Blutdruckes — in Folge des verminderten Blutdruckes es sind, welche eine bessere Ernährung der Lungen sichern und dieselben zum Kampfe mit den Bacillen widerstandsfähiger machen: Diese Annahme erklärt die Immunitätserscheinung des Höhenklimas in rationeller Weise. J. hält dieselbe für eine gewagte Hypothese, weil „immune Orte nicht nur unter dem Meeresspiegel (Kirgisensteppen in der kaspischen Depression) und im Niveau des Meeres (Inseln und Küstenstriche), sondern auch Hunderte und Tausende von Metern über dem Meeresspiegel liegen und somit in Bezug auf vertikale Erhebung die denkbar grössten Unterschiede zeigen."

---

[1]) Z. B. Island, die Faröer-; Shetland- und ostfriesischen Inseln, Helgoland, Cypern und Madeira.

[2]) Z. B. in den Rocky Mountains und den Anden, in Thibet, Ghat, Nilagiri, Himalaya und in Abessynien, Sudan, der Berberei etc.

Auf die Staubfreiheit der Luft legt J. mit Recht ein grosses Gewicht und glaubt, dass die grössere Immunität der Inseln und Küstenländer, wie auch die günstige Wirkung von Seereisen hauptsächlich dem Umstande zuzuschreiben ist, dass dort wenig oder gar kein Staub ist.

Von diesem Gesichtspunkte aus verwirft J. speziell die *Riviera* Norditaliens als Aufenthalt für Schwindsüchtige, weil dieselbe bekanntlich zu den staubigsten Gegenden gehört. Als Analogon für uns New Yorker Aerzte darf so manche staubige Gegend in den *Catskills* erwähnt werden, wo ja eine ganze Anzahl unserer Brustleidenden zunächst des Höhenklimas halber hingeschickt werden.

Die früher für unumgänglich nothwendig gehaltene höhere Temperatur ist schon längst als eine durchaus unnöthige Anforderung erkannt worden und im Gegentheile durch viele Beispiele erwiesen, „dass eine hohe Lufttemperatur auf die meisten Schwindsüchtigen höchst nachtheilig wirkt.“ So verläuft ja auch die Phthise in tropischen und subtropischen Breiten viel bösartiger als in nördlicher gelegenen Gegenden und tritt daselbst obendrein noch viel häufiger auf.

Dafür, dass hohe Temperaturen kein Postulat sind, sprechen namentlich die günstigen Erfolge, welche neuerdings durch den Winteraufenthalt im Hochgebirge erzielt werden.“

Den relativen Feuchtigkeitsgehalt der Luft betrachtet J. als von geringer Bedeutung; über diesen Punkt herrschen überhaupt die verschiedensten Ansichten.

Die Sonnenstrahlung (Insolation) hat nach J. keine spezifische Heilwirkung auf den Verlauf der Tuberkulose, wie die Häufigkeit und Bösartigkeit derselben in heissen Ländern zeigt.

Dass die Luftverdünnung für die heilsame Wirkung des Höhenklimas hauptsächlich verantwortlich sei, wie dies von Hirsch, Brehmer u. A. für ganz sicher erwiesen angesehen wird, bestreitet J. auf das Entschiedenste. Seiner Ansicht nach widerspricht dieser Hypothese die Thatsache, dass schwindsuchtsfreie Orte in allen Höhenlagen vorkommen — also unter dem Meeresspiegel (Kirgisensteppen in der Kaspischen Depression), auf dem Niveau des Meeres (Inseln und Küstenstriche), und über dem Meeresspiegel in den verschiedensten Höhenlagen von einigen hundert bis zu vielen tausend Meter.

Die vom Festlande weit abliegenden Inseln sind nach J.'s Ansicht deshalb so immun, weil die Luft daselbst nahezu völlig mikrobenfrei ist, wie Mareau und Miguel nachgewiesen haben.

Es wirkt hier jedoch vielleicht noch ein Umstand mit, der bisher meines Wissens noch niemals — auch von J. nicht — berücksichtigt worden ist, wahrscheinlich weil derselbe durchaus nicht allgemein bekannt ist. Es ist das nämlich die Thatsache, dass der Spiegel der Ozeane auf hoher See viel tiefer, und zwar um viele hundert Meter tiefer stehen, als an den Küsten der Kontinente, in Folge der Anziehungskraft, welche die letzteren auf die ozeanischen Wassermassen ausüben. — Doch davon vielleicht ein andermal!

Das Eine, was nach des Verfassers Meinung nun allen den in so verschiedenen Höhen und Zonen gelegenen, als schwindsuchtsfrei bezeichneten Orten gemeinsam ist, wäre die Reinheit der atmosphärischen Luft, d. h. dass die Atmosphäre ganz oder doch nahezu ganz frei von Staub und Bakterien ist.

Ebenso wie in horizontaler Richtung mit zunehmender Entfernung von der Küste im Ozeane die Luft immer reiner wird, ebenso ist das in

vertikaler Richtung mit zunehmender Erhebung auf dem Gebirge der Fall.

Damit kann man sich gewiss einverstanden erklären, nicht aber mit J.'s Annahme, dass das Wüstenklima dem ozeanischen in Bezug auf Reinheit ähnlich sei, „wenn auch die Wüstenwinde zeitweise unendliche Mengen feinen Staubes auf grosse Entfernungen mit sich führen."[1])

Das ist zwar für den Scirrocco richtig; Ferral aber und Bora sind keine Wüstenwinde, letztere sogar ein Nordostwind an den nördlichen Küsten der Adria und des Pontus; Harmattan weht nicht im Mittelmeer, sondern an der Küste von Guinea nach Westen vom Lande her. (Siehe Lommmel, Wind und Wetter, München, Rudolph Oldenbourg, 1873; S. 151—154.)

Weht in der Wüste ein Wind, so ist derselbe ohne Staub schwer denkbar und die Reinheit der Luft in Bezug auf Bakterien wird deshalb illusorisch in ihrem Nutzen, höchstens kann sie in grösseren Oasen sich zeigen, deren Ausdehnung gross genug ist, um den Staub nahezu gänzlich abzuhalten.

Die Resultate der verschiedenen Forscher, welche ohne Ausnahme eine rapide Abnahme bis zum völligen Verschwinden der Bakterien ergaben, zeigen nach J.'s Meinung, worauf es bei Kurorten für Schwindsüchtige endgültig ankommt:

„Das absolute Freisein der Luft von Krankheitskeimen ... neben dem alle übrigen klimatischen Faktoren eine untergeordnete Rolle spielen.

Aber auch die Feuchtigkeit und die Niederschläge sind in gewisser Beziehung von Nutzen; der Staub wird von letzteren niedergerissen; die gereinigte Luft wird durch erstere rein erhalten, da feuchter Boden Bakterien nur sehr schwer an die Luft abgiebt. Bei Gewittern wirkt die Elektrizität noch helfend in demselben Sinne.

Auch Wälder sind unentbehrlich, da sie, wie das Meer, „als eine Desinfektionsanstalt im allergrössten Maassstabe betrachtet werden können."

Zum Schlusse deutet der Verfasser die bei tuberkulös Erkrankten zu erfüllenden Indikationen an. Diese sind:

1. Ueberführung des Kranken nach einem immunen Orte, gerade so wie ein an Malaria Leidender den Heerd der Infektion sofort zu verlassen hat, oder wie ein Verwundeter aus einem Krankensaal gebracht wird, in welchem bei anderen Erysipel auftritt. J.'s Ansicht nach gehen die Schwindsüchtigen nicht an einer einmaligen Infektion zu Grunde, sondern an fortwährend wirksamer und von Neuem eintretenden Infektion.

2. Tödtung der im Körper angesiedelten Bacillen. Dies ist freilich direkt nur sehr unvollkommen möglich; die desinfizirenden Inhalationen jedoch, wie die Behandlung im pneumatischen Kabinet können viel thun.

Erstere lässt J. in sogen. Inhalationszimmern Dämpfe von Fichtennadel und blühendem Thymian nicht vor zerstäubenden Inhalationsapparaten vornehmen; letztere wendet er nur der mechanischen Reinigung von Sekret etc. wegen an, welche in gewissen Stadien noch damit zu erzielen ist.

[1]) J. erwähnt ausser dem Samum und dem Chamsin (nicht Kansim) noch der an den Küsten des Mittelmeeres wehenden Scirrocco, Ferral, Bora und Harmattan.

Warum beide Prozeduren nicht in rationeller Weise verbunden werden, da auf keine andere Weise die bei den Inhalationen angewandten Stoffe so sicher bis in die feinsten Bronchien und die Lungenbläschen selbst eindringen, als wie bei der Kabinet-Behandlung[1]) — ist schwer verständlich.

Der Standpunkt, den JACUBASCH in der Tuberkulosenfrage einnimmt, ist also der eines konsequenten Infektionisten. Allerdings kann er nur eine einzige Beobachtung anführen, durch welche der Nachweis der Tuberkel-Bacillen in der Luft erbracht worden ist. Dieselbe wurde von TH. WILLIAMS[2]) im Hospital für Schwindsüchtige in Brompton (England) gemacht; W. fand dort in der Luft eines Ventilationsrohres Tuberkel-Bacillen, während andere derartige Untersuchungen negativ ausgefallen sind, und zwar, wie FLÜGGE annimmt, wegen der Unzulänglichkeit der Untersuchungsmethoden.

Irgend welche statistische Angaben über die in St. Andreasberg von J. erzielten Resultate fehlen.

In Bezug auf die interessanten Versuche Dr. TRUDEAU's, deren Uebersetzung wir der Freundlichkeit des Herrn Kollegen KRETZSCHMAR verdanken, sind wir durch Letzteren in den Stand gesetzt, ein Urtheil Dr. DETTWEILER's unseren Lesern vorlegen zu können. Dr. KRETZSCHMAR hatte neben einigen Anderen auch diesem Herrn—welcher bekanntlich Leiter einer Heilanstalt für Schwindsüchtige ist — das Manuskript zum Durchlesen überlassen und erhielt darauf nachstehende Antwort, welche er uns zur Verfügung zu stellen die Güte hatte. Dasselbe lautet:

Falkenstein im Taunus, den 21. August 1887.

Sehr geehrter Herr!

Ich muss Ihnen sogleich meinen allerbesten Dank für die freundliche Ueberlassung des Manuskripts aussprechen. Der an und für sich so einfache Beweis, den Dr. TRUDEAU geführt hat, ist nicht bloss interessant, nein er ist in hohem Grade wichtig. Er ist die stärkste Stütze für die von uns geübten Methoden, die unter vorläufigem Verzicht auf spezifische Mittel in der Umgestaltung sämmtlicher äusserer (und beim Menschen auch wichtiger innerer) Verhältnisse den wirksamen Hebel suchen und finden. Und je intensiver das geschieht, je mehr Lebensfaktoren des Kranken vom Arzte hygienisch, diätetisch und im Nothfalle auch medikamentös beherrscht und regulirt werden, um so höher wird der Prozentsatz der Erfolge werden. Darum — und das ist mein „*Ceterum censeo*" — wird die Anstaltsbehandlung und zwar eine solche, welche dem Arzte den Ueberblick und die Beherrschung des Kranken noch ermöglicht, da sie allein im Stande ist, die äusseren und inneren Verhaltnisse in individueller Anpassung herzustellen.

Die kleine Arbeit Dr. TRUDEAU's spornt mich doppelt an — nichts dem Ermessen des Kranken in der Regelung seines Lebens zu überlassen, so lange er nicht hinreichend belehrt und erzogen ist. Sie sollten jene Arbeit ja veröffentlichen in einer deutschen Zeitschrift, vielleicht mit einer Einleitung oder mit Bemerkungen. Nochmals besten Dank, lieber Herr Kollege. Mit kollegialischen Grüssen

Ihr ergebener Dr. DETTWEILER.

---

[1]) Siehe TIEGEL: Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der pneumatischen Differentiation in der N. Y. MED. PRESSE vom Februar 1887;
[2]) *London Lancet*, 1883, Bd. II.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse.

Ein Monats-Blatt
gewidmet den
Interessen der Deutsch-Amerikanischen Aerzte.
Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Redaktion und Administration:
No. 23 Vandewater St., New York.

Preis: - - - - - - $2.50 per annum, bei Vorausbezahlung.

The "New Yorker Medizinische Presse" is the ONLY Medical Journal in America printed in the German language. It commends itself as an advertising medium. Rates will be sent on application.
Address all communications and payments to the

CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.,
17—27 Vandewater St., New York.

☞ **Please take notice that Dr. EMIL STOESSEL has severed his connection with the business management of our journal.**

Zur gefl. Beachtung.

Mit Schluss dieses (des 3.) Bandes der "Presse" wird eine Erweiterung des Blattes eintreten. Das Format wird vergrössert und der Inhalt ein vielseitigerer werden. Wir können es uns nicht versagen, dies unseren Freunden schon jetzt mitzutheilen. Indem wir ihnen für die uns bisher gewährte Unterstützung danken und sie bitten, uns ihre freundliche Gesinnung auch in der Zukunft zu bewahren, zeichnen wir Hochachtungsvoll

Die Herausgeber.

Die Abortiv-Behandlung des Furunkels.

Die von Bidder in einem Vortrage vor der *Berliner Medizinischen Gesellschaft* empfohlene Abortiv-Behandlung des Furunkels, welche er an ca. 100 Fällen erprobt hat, besteht in parenchymatösen Einspritzungen von einer 3proz. Karbollösung. In einer Entfernung von 1 bis 2 cm. vom Zentrum resp. der zentralen Fistelöffnung wird die Nadel in solch' schräger Richtung eingestossen, dass sie bis in den Eiterherd hineinreicht. Je nach der Grösse wird ein- oder zweimal eingestochen und von wenigen Tropfen bis zu einer halben oder einer ganzen Pravaz'schen Spritze eingespritzt; bei sehr grossen Furunkeln sogar in 4 Einstiche 2—4 Spritzen voll. Ein Theil der Flüssigkeit entleert sich zwar wiederum durch etwaige Fistelöffnungen und auch durch die Einstichöffnungen, doch ist die günstige Einwirkung prompt und sicher.

Nachdem der Furunkel, je nach der Lage, mit Karbolumschlägen, mit Heft- oder Merkurialpflaster bedeckt worden ist, lässt man die Dinge ruhig ihren Lauf nehmen, ohne Inzisionen oder irgend welche

anderen Maassregeln zu ergreifen. Der anästhetischen Wirkung der Karbolsäure folgt nach mehreren Stunden Stechen und Brennen, welches jedoch nicht sehr lange anhält. Das Fieber, wenn solches vorhanden war, hört nach 24 Stunden auf und der Kranke fühlt sich ganz wohl; aus der Fistel entleert sich zwar nur sehr wenig Sekret, aber die Infiltration schwindet trotzdem rapide. Nach drei, vier Tagen zeigen sich gutaussehende Granulationen und bald ist die Fistelöffnung völlig geschlossen.

In einem viel früheren Stadium wendet Dr. Louis Heitzmann (New York) das von ihm im *N. Y. Medical Record* vom 6. August beschriebene Verfahren an. Dasselbe besteht in der lokalen Anwendung von Salicylsäure in Salben- oder Pflasterform. Sobald durch Bildung eines Knötchens mit Infiltration der Umgebung die beginnende Furunkel-Bildung evident ist, lässt H. eine 5—10prozentige Salicyl-Salbe, welche das offizinelle *Unguentum Aquae Rosae* zur Basis hat, gebrauchen. Statt dessen kann auch ein Pflaster, resp. ein 10prozentiger Salicyl-Pflaster-Mull (Unna) gebraucht werden. Letzteres verursacht manchmal Bläschenbildung und oberflächliches Gangränesziren.

Wenn diese Behandlung früh genug angewendet wird, so kommt es zu keiner Eiterbildung; aber auch dann, wenn letztere schon begonnen, bildet sich kein wirklicher Pfropf, sondern nur eine dem einfachen Abszess ähnliche Eiterhöhle. Ist auch schon Nekrose der Hautdecke vorhanden, so räth H. zur Inzision mit nachfolgender Salicyl-Behandlung. Doch würde das Bidder'sche Verfahren in diesem Stadium — als das schmerzlosere — entschieden vorzuziehen sein.

Es verlohnt sich gewiss, diese beiden Verfahren auch bei Karbunkeln und Panaritien zu versuchen und je nach dem Entwicklungsstadium das eine oder das andere anzuwenden.

Erwähnenswerth ist noch, dass in der Diskussion nach dem Bidder'schen Vortrage Prof. von Bergmann auf die grosse Gefahr hinwies, welche das Warten auf Fluktuation bei Panaritien mit sich bringt, ebenso wie das von Lassar empfohlene Auslöffeln derselben, welches seiner Meinung nach oft dazu dienen könne, die Entzündungserreger in benachbarte Gewebsräume einzuimpfen.

Jedenfalls ist die grosse Empfindlichkeit des *Staphylococcus pyogenes aureus* gegen die parasiticide Wirkung der Karbol- und Salicylsäure die Ursache des Erfolges der beiden Behandlungsweisen.

In der Juni-Nummer des *Sei-I-Kwai Medical Journal* giebt ein Dr. Mano nach alten japanesischen Manuscripten die früher gebräuchlichen Behandlungsmethoden bei Unfällen, ebenso wie bei anderen Erkrankungen. Ein sonderbarer Unfall ist folgenderweise geschildert:

Wenn eine Schlange in die Vulva kriecht. Wenn eine Schlange in die Vulva kriecht, so soll man sofort den hervorhängenden

Theil abschneiden. Dann soll man einen verkohlten kleinen Vogel (Aoji) in die Vagina einführen, so wird die Schlange sicher dadurch herausgetrieben. Anstatt dessen kann man auch etwas Tabak gebrauchen oder Ohaguro, den Saft von unreifen *Persimmons* einspritzen!

Die Anzeige eines Eclectic Medical College in einem medizinischen Journale zu finden, auf derselben Seite mit derjenigen des *Baltimore College of Physicians and Surgeons* und darunter diejenige des *Medical Register* (Philadelphia), der orthodoxesten aller orthodoxen medizinischen Publikationen, hätten wir nie für möglich gehalten. Und doch finden wir diese Anzeige, die in keinem regulären medizinischen Journale Aufnahme finden sollte, in der *Southern Clinic!* Weiss Dr. Bryce wirklich nicht, was es mit dieser Anstalt für eine Bewandniss hat?

Die Herren Parke, Davis & Co. in Detroit theilen uns mit, dass sie in ihrem Laboratorium gegenwärtig mit Untersuchung des Gleditschin (Alkaloid von Gleditschia) beschäftigt sind. Es ist dies unter dem Namen Stenocarpin bekannte neue lokale Anästhetikum, welches in seinen resp. Wirkungen das Cocain sowohl, als das Homatropin übertreffen soll.

In der Voraussetzung, dass der flüssige Extrakt von Gleditschia Triacanthos in ähnlicher Weise medizinisch wirksam sein mag, wie der von Coca Erythroxylon, erklärte sich genannte Firma bereit, solchen Lesern den „Presse", welche damit experimentiren wollen, Muster dieses Extraktes, sowie eine Zusammenstellung des gesammten bisher bekannt gewordenen Materials, zuzuschicken. Da der Extrakt erst dann in den Handel gebracht werden soll, wenn sein Werth von vielen erfahrenen Aerzten anerkannt ist, wäre es zu wünschen, dass unsere Leser von dem Anerbieten der Firma recht zahlreich Gebrauch machten.

Papoid. Während des *dritten Kongresses für innere Medizin* war Papoid Gegenstand einer Diskussion zwischen Dr. Finkler (Bonn) und Prof. Rossbach (Jena). Diese Herren verglichen die Wirkung desselben mit der von Pepsin und Pankreatin; doch konstatirten sie folgende Vorzüge des Papoid:

Es ist in geringerer Menge ebenso wirksam und braucht weniger Flüssigkeit bei gewöhnlicher Temperatur und bis zu 140° F., am besten bei 104° F. Da es bei alkalischer, neutraler und geringer saurer Reaktion wirksam bleibt, eignet es sich vorzüglich zur Ernährung *per rectum.*

Die Vorzüglichkeit des von Wells, Richardson & Co., in Burlington, Vt., hergestellten „Lactated Food" findet immer allgemeinere Anerkennung. Ein Versuch ist unsern Lesern bei Gelegenheit dringend anzurathen.

REFERATE.

Innere Medizin, Pathologie und Therapie.

Ewald: Vorschrift für Ernährungklystiere (*Therap. Monatsh.* 1887, No. 4.)

2 (oder 3) Eier werden mit 1 Esslöffel kalten Wassers glatt gequirlt, 1 Messerspitze Kraftmehl wird mit ½ Tasse einer 20 % Traubenzuckerlösung (aus der Apotheke zu holen) gekocht und 1 Glas Rothwein zugesetzt. Dann wird die Eierlösung langsam eingerührt, wobei darauf zu achten, dass die Lösung nicht mehr so heiss ist, dass das Eiweiss gerinnt. Die ganze Masse darf nicht mehr als knapp ¼ Liter betragen. Hat man käufliches Fleisch- oder Milchpepton bei der Hand, so steht nichts im Wege, der Zuckerstärkelösung auch etwa 1 Theelöffel voll Pepton beizugeben. Nöthig ist dies nicht, da auch die Eier resorbirt werden.

Die Injektion geschieht entweder mit einer Spritze mit langem weichem Ansatzrohr oder mit dem Irrigator, der ebenfalls ein weiches Ansatzrohr mit weiter Oeffnung haben muss. Nach dem Einlaufen soll der Pat. noch einige Minuten in Rücken- oder Seitenlage bleiben.

Dies die Vorschrift für die Privatpraxis. Im Hospital werden einfach 3—5 Eier mit ca. 150 ccm. einer Traubenzuckerlösung von 15—20 Proz. verquirlt und diese Lösung eingespritzt bez. einlaufen gelassen. Event. kann man etwas Stärkelösung oder *Mucilago gummosa* zusetzen, um die Masse dickflüssiger zu machen oder einige Tropfen *Tinct. Opii*, um etwaige Reizerscheinungen zu mildern. Ein Reinigungsklystier von 250 ccm. lauwarmen Wassers oder Kochsalzlösung muss der Injektion des Nährklysma's vorausgehen und abgewartet werden, bis die oft mehrmaligen Entleerungen vorüber sind. Andernfalls kann es kommen, dass das Nährklysma alsbald wieder ausgestossen wird. Die Menge des Klysma's soll nicht mehr als höchstens 250 ccm. betragen. Besser ist es, wenn man dieses Quantum auf 2 oder selbst 3 über Tag zu gebende Klysmata vertheilt. Sanit.-Rath Dr. Hertzka, Karlsbad.

Dr. Edwards. — Glycosurie au cours de la sclérose en plaques. — *Revue de méd. u. Centralbl. f. d. med. W.;* 1887.

Bei einem 31jährigen Menschen, welcher im Juni 1885 in der Salpetrière aufgenommen wurde mit den charakteristischen Symptomen der multiplen Sklerose, war bereits neun Jahre vorher eine rechtsseitige Lähmung mit Aphasie aufgetreten. Beide Erscheinungen waren nach kurzer Zeit wieder geschwunden. Zwei Jahre später erlitt er eine Parese beider unteren Extremitäten. Seit jener Zeit blieb die Schwäche in den Beinen mit allmälig zunehmender Intensität.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit wurden dann noch einige Male vorübergehende Lähmungen eines Armes oder einer Körperhälfte beobachtet, passagere Zustände von Aphasie. Die Kniephänomene waren gesteigert. Es bestand Intentionszittern, Nystagmus. Im August wurde er von einer schnell vorübergehenden akuten halluzinatorischen Verwirrtheit befallen. Im November konstatirte man eine ausgesprochene Polyurie mit Glykosurie (180 g. Zucker im Mittel in 24 Stunden).

Nach den bereits bekannten Fällen vom Auftreten des Diabetes bei multipler Sklerose (Weichselbaum, dass. *Centralbl.*, 1881), auch nach den Fällen von Tabes, wo im Verlaufe der Krankheit Diabetes eintrat

(Oppenheim, *Berl. kl. Woch.*, 1885; Reumont, *ibidem*, März 1886), ist E. geneigt, das Auftreten von Glykosurie auch in diesem Falle direkt mit der multiplen Sklerose in Zusammenhang zu bringen durch Auftreten von Herden am Boden des vierten Ventrikels.

San.-Rath. Dr. Hertzka, Karlsbad.

Dr. E. Schütz, Prag. — Ueber die Einwirkung von Arzneistoffen auf die Magenbewegungen. — *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.;* 21. Bd., 1886.

S. bediente sich solcher Arzneimittel, welche erfahrungsgemäss die Peristaltik des Darmkanals beeinflussen, andererseits solcher, von denen ein Einfluss auf andere mit unwillkürlicher Bewegung ausgestattete Organe (Herz, Iris) konstatirt ist. Die Mittel wurden Hunden grösstentheils intravenös zugebracht, Aether und Chloroform in Dampfform. Die angewendeten Stoffe beeinflussten direkt die Nerven und Muskelelemente des Magens: den Auerbach'schen Plexus, die Nervenendigungen in der Muskulatur und diese selbst. Es wurden also beurtheilt: die spontane Bewegung des Magens, das Verhalten des „Dehnungsreflexes", d. h das Auftreten von Bewegungen am isolirten Magen nach gleichmässiger Dehnung seiner Wandungen, durch Einblasen von Luft mittelst einer in den Oesophagus eingeführten Kanüle, und endlich das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit. Das Ergebniss seiner zahlreichen Experimente ist folgendes:

1. Erregend auf die automatischen Zentren (derart, dass die spontanen Bewegungen lebhafter wurden und atypischen Charakter annahmen) wirkten in ausgesprochener Weise: Emetin, Brechweinstein, Apomorphin, weniger ausgesprochen Strychnin, Caffeïn, Veratrin, Chlorbaryum, dann Nikotin und Pilokarpin in kleineren Dosen.

2. Erregend auf die Nervenendigungen — so dass allgemeine Kontraktion des Magens auftrat — wirkte Muskarin.

3. Eine Erhöhung der Erregbarkeit der Muskulatur, derart, dass schliesslich allgemein dauernde Kontraktion des Magens eintrat, veranlassten: Physostogmin, Digitalin, Scillaïn, Helleboreïn.

4. Lähmend auf die automatischen Zentren, so dass die Bewegungen und zwar nur aus diesem Grunde ganz ausblieben — wirkte keine der in Anwendung gezogenen Substanzen. Wohl aber wurde eine Abschwächung der Bewegungen beobachtet nach Vergiftung mit: Chloral, Urethan, Morphin, pyrophosphorsaurem Zink und Arsen; sodann nach grossen Dosen von Nikotin und Pilokarpin.

5. Lähmung der Nervenendigungen kam durch Atropin zu Stande. Aether und Chloroformdämpfe hoben die Erregbarkeit des gesammten Nervenapparates des Magens auf, doch nur für die Dauer ihrer Einwirkung. Ein Einfluss der gewöhnlichen Inhalationsnarkose auf die Magenbewegungen war nicht ersichtlich.

San.-Rath Dr. Hertzka, Karlsbad.

Dr. Kleefeld (Görlitz.) Ueber die Heilwirkung des Salols) — *Berl. kl. Woch.* 1887. No. 4.

K. wendete dies neue Mittel (40 Prozent Karbolsäure, 60 Prozent Salizylsäure) in sehr zahlreichen Fällen mit sehr zufriedenstellendem Resultate an. Nach ihm steht das Salol als Antipyrin und als Specificum gegen *Polyarthritis rheumatica* und verschiedene Formen der

Neuralgie dem Antipyrin und Natr. salicyl. mindestens gleich, hat aber folgende Vorzüge:

1. Es bringt niemals lästige Nebenwirkungen hervor, als Kollaps, Erbrechen, etc. Ohrensausen nur sehr selten und in geringem Grade;
2. Es ist geschmack- und geruchlos, wird also viel lieber genommen;
3. Sein Preis ist ein mässiger (1 gr. — 5 Kr.; 1 Kilo zirka 30 Mk. in der Heyden'schen Fabrik zu Radebeul, Dresden.)

Die volle Dosis, die er nie zu überschreiten nöthig hatte, ist dreimal täglich 2 gr.; doch hat er auch in Dosen von 1 gr. gute Erfolge gehabt.

San.-Rath Dr. Hfrtzka, Karlsbad.

Doc. Dr. W. Jaworski (Krakau). — Ueber Peptonernährung und Zubereitung einer Peptonsuppe in der ärztlichen Hauspraxis. — *D. m. Woch.*, 1886, No. 50.

Das Rezept, nach welchem J., zur Peptonernährung statt der Präparate des Handels, im Hause eine Peptonsuppe anfertigen lässt, ist folgendes: Jeden Tag wird Abends ein knochen-, sehnen- und fettfreies Stück Ochsenfleisch, am besten vom Kreuz, oder Kalbfleisch vom Schlägel mit einem stumpfen Messer geschabt, bis die Quantität des geschabten Fleisches 500 Gramm beträgt, zu welchem Zwecke mindestens ein Kilogramm Fleisch genommen werden muss. Das geschabte Fleisch wird in einen irdenen oder porzellanen Topf, jedoch nicht in einen solchen von Metall, gegeben, darauf 1 Liter Wasser, am besten Schnee- oder Regenwasser, gegossen und mit einem Holzlöffel vermischt. Zu dem Gemisch wird mit der aus folgendem Rezept:

℞ *Acid. hydrochloric. diluti. pur.* 40,0—50,0.

gefüllten Flasche die ganze Flüssigkeit unter stetem Vermischen geleeret und noch ein Pulver nach folgendem Rezept:

℞ *Pepsini germanici solubilis* 0,25—0,5

zugesetzt und die Masse gut verrührt. Der Topf wird nun die ganze Nacht hindurch neben oder auf dem warmen Küchenofen stehen gelassen, der jedoch bei der Berührung mit der Hand nicht heiss sein darf, und von Zeit zu Zeit gemischt. Am Morgen wird die Masse unter öfterem Umrühren bei mässiger Hitze so lange gekocht, bis dieselbe zu einem homogenen Brei aufgeht, wozu 1—2 Stunden nöthig sind. Hierauf wird das etwa aufschwimmende Fett abgeschöpft und, falls noch einige Stücke oder Fasern in der Masse zu finden wären, durch ein Sieb durchgeseiht, wobei die dicke Masse nöthigenfalls mit heissem Wasser auf dem Seiher verdünnt werden muss. Der dünne Brei wird nun unter Umrühren so lange nach und nach mit der Sodalösung aus der nach dem folgenden Rezept:

℞ *Natri. carbonici* 10,0, *Aq. destill.* 100,0

gefüllten Flasche versetzt, bis der saure Geschmack auf das schwach säuerliche abgestumpft ist. Zu dieser Suppe lassen sich nun Geschmackskorrigentien hinzusetzen: Zucker, Wein, Cognac, Rum u. A. Fettfreie Bratenjus empfiehlt sich in der Quantität von $\frac{1}{8}$ Liter gleichfalls zur Verbesserung des Geschmackes, oder 1—2 Löffel Mehl, welches mit frischer Butter geröstet ist. Statt des Rind- oder Kalbfleisches lässt sich auch gut ein Huhn anwenden; die Quantität von 500 Gramm Fleisch, wie sie in der vorstehenden Gebrauchsanweisung angenommen worden ist, reicht für gewöhnlich für die tägliche Ernährung des Kranken aus. Für den Fall, dass die Peptonsuppe als Klysma applizirt werden muss,

darf man nur die Hälfte der oben angegebenen Quantität Salzsäure anwenden und muss auch die Neutralisation vollständig vornehmen. Auch ist es zweckmässig, für das Klystier die Suppe von Kalbfleisch herstellen zu lassen. J. hat die Wirksamkeit dieser Peptonsuppe in eigener Praxis erprobt und empfiehlt sie als leicht und bequem darzustellen.

San.-Rath Dr. Hertzka, Karlsbad.

Die Larynx-Phthise auf dem Naturforscher-Tage 1886.

1. Th. Hering. — Ueber die Heilbarkeit tuberkulöser Larynxgeschwüre. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* No. 48, 1886.
2. M. Schmidt. — Ueber Tracheotomie bei Kehlkopf-Schwindsucht. — *Ibidem,* No. 49, 1886.
3. Krause. — Zur Therapie der Larynxphthise. — *Ibidem,* No. 50, 1886.
4. Th. Hering. — Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Larynxphthise. — *Ibidem,* No. 7 und 8, 1887.

Ad. 1. Hering giebt die Geschichte von 11 geheilten Larynxphthisen welche lokal entweder gar nicht oder doch nicht mit eingreifenden Mitteln behandelt worden waren. Die Heilung dauerte im längsten Falle 9 Jahre, im kürzesten 5 Monate; 5 Patienten sind noch am Leben. Er erzielte die Heilung durch Hebung der Ernährung und bedeutende Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen die Infektion.

Ad. 2. Schmidt befürwortet an der Hand von 8 Beobachtungen die frühzeitige Tracheotomie. In 7 Fällen trat eine Abschwellung der ödematösen und infiltrirten Schleimhaut und bei den 3 noch Lebenden auch Besserung des Allgemeinbefindens ein. Er wird in Zukunft operiren:

1. Bei Stenose immer — aber dann nicht bis zum Aeussersten warten.
2. Bei schwerer Lungenerkrankung gegenüber leichter der Lungen — auch ohne Stenose.
3. Bei rasch sich verschlimmernden Lungenprozessen bei relativ guter Lunge — ebenfalls vor dem Eintreten von Stenose.
4. Bei gleichzeitig vorhandenen Schluckbeschwerden — eher noch früher.

(Seine Indikationen sind wörtlich wiedergegeben, und wer geneigt ist, sich denselben anzuschliessen, wird wohl in der grossen Mehrzahl der zur Beobachtung kommenden Fälle eine Indikation zur Operation finden. Ref.)

Ad. 3. Krause, welcher sich in seinem Vortrage auf Jelinek's, Hering's und des Referenten Arbeiten bezieht, bestätigt und erweitert seine früheren Angaben über den günstigen Erfolg der Milchsäurebehandlung. Er hält daran fest, dass die Milchsäure das gesunde Gewebe intakt lasse und nur das pathogene zerstöre. Da die gesetzte Narbe ohne bemerkenswerthe Schrumpfung heilt, so giebt dies leicht zu Täuschung Veranlassung, da man die Kontouren des Substanzverlustes zu sehen glaubt, während das Geschwür vernarbt ist. K. glaubt, dass kein Geschwür, das mit der Säure in Kontakt kommt, der Heilung widersteht, und hat von 16 unter dauernder Beobachtung verbliebenen Kranken 3 bis 11

Monate lang bestehende Vernarbung der Geschwüre gesehen. Er weist nochmals auf die richtige Applikation (Verreibung der Säure im Larynx) hin, deren Nichtbefolgung die zahlreichen Misserfolge erklären soll.

Ad. 4. Hering hält bei stark fiebernden Kranken die Milchsäure für kontraindizirt und macht, wenn ihn dieselbe im Stiche lässt und Schwellungen nicht weichen, tiefe Inzisionen, und gebraucht bei in der Heilung zögernden Geschwüren die Kürette, in beiden Fällen mit nachfolgender Milchsäure. Mittelst letzterer Methode wurden von 22 Kranken 8 Fälle behandelt, die übrigen mit Säure allein oder auch mit Inzision. 19 Patienten leben, 3 starben; in 8 Fällen sind seit der Behandlung keine Rezidive eingetreten.

In der auf diese Vorträge folgenden längeren Diskussion sprechen sich, mit Ausnahme Schnitzler's, die Herren mehr weniger zu Gunsten der Milchsäurebehandlung aus. Auch berichtet Rosenberg über von ihm geübte Mentholbehandlung der Larynxphthise, welche ihm gute Resultate gegeben hat.

A. Rosenberg. — Zur Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberkulose. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 27. Juni 1887.

R. hat seit 1885 bei 80 Phthisikern 5 bis 20prozentige ölige Lösungen von Menthol angewandt. Dasselbe wird unter Führung des Spiegels mit einer gewöhnlichen Kehlkopfspritze genau auf die zu behandelnde Stelle anfangs täglich ein- bis zweimal, später seltener applizirt. In allen Fällen tritt nach etwa einwöchentlicher Behandlung subjektive Besserung, Abnahme der Dysphagie ein; die Ulzerationen reinigen sich, gesunde Granulationen erscheinen und nach 8 bis 10 Wochen findet Vernarbung statt.

Diese günstige Wirkung erklärt R. aus der bekannten anästhesirenden und aus der antibacillären Eigenschaft des Menthols, für welch' letztere er die Experimente verschiedener Autoren zitirt. Er hat 20 prozentige ölige Lösungen mittelst des Schreiber'schen Inhalationsapparates erfolgreich auch bei Lungentuberkulose angewandt. J. W. G.

Intubation.

A. Caillé. — Ueber Larynxintubation. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 8. August 1887.

Vortrag über Intubation vor der Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft am 7. März, von welchem ein gutes Resumé in der Augustnummer der „Presse" erschienen ist. Die daselbst nicht veröffentlichte Statistik zeigt (zur damaligen Zeit — Anfang März) 429 Fälle von 21 Beobachtern mit 114 Genesungen, etwa 26 Prozent.

Intubation of Larynx. — Vorträge, gehalten in der *New York Academy of Medicine*, June 2, 1887; *N. Y. Medical Record*, June 18, 25, and July 23, 1887 (auch separat erschienen).

Diese Brochüre ist die erschöpfendste Zusammenstellung von Allem, was wir über Intubation jetzt wissen, und hat um so mehr Werth, als in ihr die Ansichten von Beobachtern niedergelegt sind, welche sich mit der Intubation selbst praktisch beschäftigt haben. Bei der Reichhaltigkeit des Inhaltes ist ist es bloss möglich, eine kurze Uebersicht zu geben.

In dem einleitenden Vortrage giebt F. Huber zuerst die Geschichte der Intubation, eine Beschreibung der Instrumente und des Verfahrens bei der Operation selbst. Daran knüpft er Bemerkungen über Zufälle und Schwierigkeiten, die bei der Operation vorkommen können, über Behandlung im Allgemeinen und Ernährung der Patienten im Besonderen, und fügt eine Tabelle seiner eigenen Operationen bei. Von 47 Fällen waren 29 unter, 18 über drei Jahae alt, von ersteren genasen 11, von letzteren 9.

O'Dwyer zeigt modifizirte Röhren vor, welche die Schwierigkeit der Nahrungsaufnahme nach der Intubation erleichtern, und spricht sich gegen das Auftreten von Schluckpneumonie als Todesursache aus, wie dies häufig von anderen Beobachtern angegeben wird.

Northrup folgt mit Bemerkungen über pathologische Anatomie. Caillé erzählt seine eigenen Erfahrungen und zieht bei hochgradiger Larynxstenose die Intubation vor, während er für Fälle, die ohne genügende Stimulation und Ernährung hoffnungslos sind, die Tracheotomie empfiehlt.

J. Brown erläutert ausführlich die Gefahren und Zufälle bei der Intubation und giebt eine genaue Tabelle über 503 Intubationen mit wissenschaftlichen Detailangaben. Diesen sind noch 303 weitere Fälle hinzugefügt und ergeben die Gesammtsumme von 806 Intubationen 221 Heilungen, i. e. 27·4 Prozent. Das Durchschnittsalter der Gestorbenen ist 3 Jahre 2 Monate, das der Geheilten 4 Jahre 1½ Monate.

Bemerkungen von Hance über Tracheotomie nach Intubation, und einige, das hohe Verdienst O'Dwyer's anerkennende Worte des Präsidenten, A. Jacobi, schliessen diese höchst interessante Diskussion.

J. W. G.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Verein deutscher Arzte zu San Francisco, Cal.

Sitzung vom 5. April 1887.

Vorsitzender: Dr. Morse, in Vertretung.
Schriftführer: Dr. Kreutzmann.

Dr. H. L. Wagner (als Gast) demonstrirt einen Mundspatel und hält einen Vortrag über:

„Die Aetiologie der Ozaena mit Demonstration":

Nach Berücksichtigung der älteren und neueren Literatur bringt Vortragender seine eigenen Ansichten über das Wesen dieser Krankheit vor, gestützt auf pathologisch-anatomische, wie auch bakteriologische Untersuchungen, namentlich dass die Ozaena ein Symptom der atrophirenden Rhinitis sein kann; veranlasst wird dieselbe durch Retention und Dekomposition durch verschiedenartige Mikroben des veränderten Sekretes.

Diese Mikroorganismen sind reine Fäulnissbakterien und nicht spezifische, wie E. Fraenkel und Loewenberg annahmen; dieselben verursachen, auf ihren Mutternährboden (*Mucingelatine*) gebracht, denselben abscheulichen Geruch. Die so leichte Borkenbildung beruht auf geringer Produktion von Mucin, durch statthabenden Schwund der Elemente — sowohl der Mucin, wie auch der Serumalbumin produzirenden. Aus dem zersetzten Mucingemenge konnte Vortragender ein

Alkaloid nach der Brieger'schen Methode darstellen, welches dem Peptotoxin (Brieger) in seinen Reaktionen sehr ähnlich ist. Die Kontagiosität dieser Erkrankung ist der der Tuberkulose an die Seite zu stellen; es muss immer eine Prädisposition vorhanden sein. Die Abnahme des Geruchsinnes beruht auf einer einfachen Atrophie der Geruchsnervenendigungen. Befallen werden meist jüngere Leute. Therapeutische Verwendung des Sozojodols (Trommsdorf).

Dr. Regensburger, sen. frägt den Vortragenden, ob nicht auch *Acidum lacticum* zur Therapie verwendet werde?

Dr. Wagner: Ja, ebenso *Argentum nitricum* und Sublimat; letztere beiden seien nicht so empfehlenswerth, da sie Verbindungen eingehen mit den Sekreten und ihre Wirkung verlieren.

Dr. Regensburger, jun.: Von England aus werde entfärbte Jodtinktur empfohlen; er selbst habe gute Erfolge damit gesehen.

Dr. Bayer führt Fälle aus seiner Praxis an, wo bei gleichzeitigem Bestehen von Ozaena und Thränenkanal-Eiterungen durch erfolgreiche Behandlung des Augenleidens Heilung der Ozaena eintrat.

Sitzung vom 7. Juni 1887.

Vorsitzender: Dr. Ferrer.
Schriftführer: Dr. Kreutzmann.

Dr. Bayer berichtet über eine Beobachtung von Chinin-Exanthem, aufgetreten nach einmaliger kleiner Dosis; der Probe halber wurde das Chinin nach dem ersten Male noch zwei Male gegeben und sofort trat jedesmal das Exanthem wieder auf.

Dr. Rosenstirn theilt einen Fall von *Haematocele retrouterina* mit; es wurde Borsäure gegeben: am Körper traten kleine Stippchen auf, besonders an der Innenfläche der Hände und Füsse, ähnlich wie Pemphigusbläschen; dieselben waren sehr schmerzhaft. Die Aetiologie blieb räthselhaft; die Borsäure in 3prozentiger Lösung war innerlich gegeben worden gegen Blasenbeschwerden.

Dr. Wilhelm berichtet über die neue Behandlungsweise der Phthise mit Schwefelwasserstoff und Kohlensäure *per rectum*. Die Fälle, welche bis jetzt der Behandlung (im deutschen Hospital) unterworfen wurden, waren sämmtlich vorgeschrittene, schwere Fälle, die Resultate sind nicht ermunternd gewesen.

Die Nachtschweisse schwanden zuerst, kamen aber wieder; der Auswurf wurde nicht beeinflusst; der Appetit wurde etwas besser, was Vortragender zurückführt auf die Morphium-Entziehung.

Das subjektive Gefühl der Kranken wurde zuerst gehoben, was wohl eine Folge der durch die neue Behandlungsweise erweckten Hoffnungen ist.

Im Ganzen wurden 12 Fälle dieser Behandlungsweise unterworfen.

Dr. Abrams berichtet von diesbezüglichen Versuchen des Herrn Kollegen Hirschfelder im *City and County Hospital*. Die Symptome erfahren eine entschiedene Besserung, ohne dass ein Einfluss auf das Sputum bemerkt werden konnte, besonders fand keine Verminderung der Bacillen statt.

Sitzung vom 2. August 1887.

Vortrag von Dr. Kreutzmann:

„Ueber die Verwendung von Sauerstoff bei der Inhalation von Chloroform."

(Derselbe ist in No. 3, Bd. IV, S. '81, der N. Y. Med. Presse abgedruckt.)

Bücherschau.

Gordon Holmes. — Die Geschichte der Laryngologie von den frühesten Zeiten bis zur Gegenwart, übersetzt von O. Koerner. — Berlin, A. Hirschwald, 1877.

Die Brochüre, welche eine getreue Uebersetzung aus dem Englischen ist, zerfällt in zwei ungleiche Theile.

Die erste Epoche bespricht die vorlaryngoskopische Zeit und zerfällt in fünf Perioden:

Die erste von den frühesten Zeiten bis zum Tode des Hippokrates;
Die zweite bis zum Tode des Galenus;
Die dritte bis zum Tode des Actuarius;
Die vierte bis zum Tode Morgagni's;
Die fünfte bis zur Einführung der Laryngoskopie.

Die zweite Epoche beschäftigt sich mit der laryngoskopischen Zeit. Es ist unmöglich, aus dem mit reichem Quellenstudium und grossem Fleisse geschriebenen Werke Exzerpte zu geben, zumal H. keine persönlichen Ansichten giebt, sondern sich lediglich auf dem Boden geschichtlich festgestellter Thatsachen bewegt.

Von einigen, vielleicht weniger allgemein bekannten Daten mögen kurz folgende angeführt werden. Schon Galenus (130 bis 200 n. C.) giebt verschiedene Ursachen der Heiserkeit an; Vesalius (1514 bis 1564) lieferte die erste genaue Beschreibung der Knorpel und Muskeln des Kehlkopfes mit 30 Holzschnitten. Den ersten, authentischen Luftröhrenschnitt machte Valsalva von Ferrara (etwa 1500), die erste gute Pathologie und Therapie der Kehlkopfkrankheiten lieferte Albers von Bron i. J. 1829. Trousseau und Horace Green (New York) machten die erste lokale Applikation im Larynx mittelst eines an einen Fischbeinstäbchen befestigten Schwammes, und es war wieder Green, der die erste Entfernung eines Kehlkopftumors — natürlich ohne Leitung des Laryngoskops — vornahm.

Die Errungenschaften der Neuzeit dürfen als allgemein bekannt vorausgesetzt werden. J. W. G.

L. Schrötter. — Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. II. Lieferung. — Wien, W. Braumüller, 1887.

Der in der Mainummer der „Presse" besprochenen I. Lieferung ist innerhalb weniger Monate die II. gefolgt. In acht Vorlesungen beschreibt Sch. die Anämie, Hyperämie, Hämorrhagie des Larynx, den akuten und chronischen Katarrh, Croup und Diphtheritis, das Oedem und die phlegmonöse Entzündung, und widmet die letzte Vorlesung der Lokal-Therapie der Kehlkopfkrankheiten. Verf. bedient sich derselben klaren, einfachen Darstellungsweise, und spricht in allen diskutirbaren Fragen kurz und bündig seine persönliche Ansicht aus. Beim chronischen Katarrh glaubt er nicht an das Vorkommen eigentlicher Geschwüre, sondern blos an Abstossung des Epithels; für die Behandlung empfiehlt er, wie auch jüngst Hunter Mackenzie, Pinselungen mit starken Höllers'einlösungen. Croup und Diphtheritis hält er pathologisch-anatomisch für zwei verschiedene Erkrankungen, doch negirt er nicht die Möglichkeit, dass dasselbe Kausalmoment einmal Croup, das andere Mal Diphtherie hervorzurufen im Stande sei, und erwartet von den bakteriologischen Untersuchungen weitere Aufklärung. In der Behandlung haben wir ungern jegliche Andeutung der Intubation vermisst.

In der Besprechung der Lokaltherapie ist zu erwähnen, dass Sch. noch immer den Pinsel den hier zu Lande gebräuchlichen, reinlicheren Watteträgern vorzieht. J. W. G.

Prof. Dr. J. Hirschberg. — Wörterbuch der Augenheilkunde. — Leipzig, Verlag von Veit & Comp. 1887.

Dies ist kein Lehrbuch der Augenheilkunde in lexikalischer Form, wie mancher nach dem Titel glauben könnte, sondern eine philologisch-kritische Besprechung sämmtlicher in der Ophthalmologie gebräuchlichen oder gebräuchlich gewesenen lateinischen und griechischen Kunstausdrücke. Wie Verf. sich in der Vorrede ausspricht, geht seine Absicht dahin, „die vorkommenden Kunstausdrücke zu erklären (genauer nur die wirklich zur Augenheilkunde gehörenden); die nützlichen beizubehalten; die falschen und geschmacklosen zu verwerfen; alle überflüssigen, schädlichen und irrthümlichen Fremdwörter durch deutsche Namen zu ersetzen.“..... „Mein Büchlein ist die Vorarbeit zu einem verständlichen, deutschen Lehrbuch der Augenheilkunde“.

Wie radikal Hirschberg die Aufgabe, die er sich gestellt, anfasst, möge man aus folgenden Beispielen ersehen:

„Abusus nicotianae et spirituosorum soll Missbrauch des Tabaks und Schnapses bedeuten, auch in den neuesten Werken. Es heisst aber *abusus* der Verbrauch (Cic., J. Ct.) im Gegensatz zu *usus*, dem Gebrauch. Allerdings ist die heutige Verwendung des Wortes schon bei Castelli angedeutet.“

„Lues, die Seuche. Das Wort ist wenigstens nützlich in der mündlichen Unterhaltung mit Studenten und Aerzten, wenn die Kranken zugegen sind. Schade, dass es davon kein Beiwort giebt! Luetisch ist falsch, luisch geschmacklos.“

Wir haben das Wort Conjunctivitis aufgesucht, um uns an der Schale philologischen Zornes zu laben, welche, wie zu erwarten, H. über diesen Barbarismus giessen würde; doch ist weder „Conjunctivitis“ noch „Conjunctiva“ in dem Wörterbuch zu finden. An dem Worte Hemianopsie, das von Hirschberg selbst herrührt, findet der merkwürdig unparteiische Autor etwas auszusetzen.

Für Aerzte, welche sich für die Genese und die ursprüngliche Bedeutung der von ihnen täglich gebrauchten Kunstausdrücke und besonders für die Geschichte der Augenheilkunde interessiren, bietet das vorliegende ebenso geistreiche wie gelehrte Werk eine Fundgrube mannigfacher Aufklärung. S.

Chas. B. Kelsey, M. D. — The Treatment of Hæmorrhoids. — *The Physicians' Leisure Library*, No. 1, 1887; Geo. S. Davis, Detroit, Mich.

Dieses kleine Kompendium der Behandlung der Hämorrhoiden enthält eine sehr konzise und klare Darstellung der verschiedenen Behandlungsweisen dieses Leidens. Die reiche Erfahrung des Verfassers setzt ihn in den Stand, ganz präzise die Indikationen für die Behandlung in den verschiedenen Stadien zu geben. Alle Vor- und Nachtheile der verschiedenen Operationsverfahren sind genau definirt und der frische Geist der Gegenständlichkeit, welcher das Büchlein durchweht, lässt die Lektüre desselben thatsächlich zu einem Genusse werden, den der Arzt zu all den äusserst praktischen Rathschlägen noch obenein in den Kauf bekommt. G. W. R.

Dujardin-Beaumetz. — Diseases of the Heart, translated by E. P. Hurd, M. D. — *The Physicians' Leisure Library*, No. 2, 1887; Geo. S. Davis, Detroit, Mich.

Dieses Werk des grossen französischen Klinikers behandelt hauptsächlich die Symptomatologie und Aetiologie der organischen Herzleiden speziell vom klinischen Standpunkte aus und legt einen grossen Werth auf die Therapie. Ausser den organischen, speziell von Aorten- und Mitralis-Klappenfehlern herrührenden krankhaften Zuständen des Herzens werden namentlich auch die Folgezustände nicht kompensirter Klappenfehler, wie hydropische und Kongestions-Erscheinungen, ausführlich berücksichtigt. Die Wirkungsweise und die Anwendung der verschiedenen *Cardiaca* ist eingehend besprochen.

G. W. R.

A. B. Palmer, M. D. — Diarrhœa and Dysentery; Modern Views of their Pathology and Treatment. — *The Physicians' Leisure Library*, No. 3, 1887; Geo. S. Davis, Detroit, Mich.

Eine geschickte und übersichtliche Zusammenstellnng der Ansichten der bedeutendsten Kliniker über die fraglichen krankhaften Zustände mit eigenen Erfahrungen reichlich durchwoben.

In der Aetiologie der Diarrhöe, speziell bei Kindern, stützt sich Verfasser auf Dr. Holt's Ansicht, dass Fäulnissprozesse im Darme als Hauptursache anzusehen seien. Die Wirkung der hohen Temperatur auf die Blutvertheilung scheint Ref. wichtiger zu sein, da ihr die Kongestion mit nachfolgender Entzündung der Schleimhaut des Magen-Darm-Kanales zuzuschreiben ist. Beweis dafür ist das Nachlassen aller Symptome, wenn der kleine Patient in eine kühlere Temperatur gebracht wird. Ebenso wirken die nach Baginsky's Vorgange ausgedehnt zur Anwendung kommenden grossen Darm-Irrigationen. Auch Ref. kann dieselben nach seiner Erfahrung ausdrücklich empfehlen.

Die Behandlung der Dysenterie mit grossen Dosen Ipecacuanha (bis zu Einzeldosen von ʒss.— 2g!) welche neuerdings wieder von englischen Aerzten, namentlich in Indien, angeblich mit grossem Erfolge, angewendet wird, ist eingehend geschildert. Die Meinungen darüber sind vorläufig noch getheilt.

Auch die konsequente Behandlung der Dysenterie mit Rizinus-Oel, wie sie von Pantaleoni (Röm) und Pitcher (Detroit) ausgedehnt angewendet wird, ist ausführlich geschildert.

(Die Ausstattung der *Physicians' Leisure Library* ist ja—namentlich in Anbetracht des niedrigen Preises (25 Cents das Bändchen) — eine vorzügliche; nur hätten wir gewünscht, dass der schwarze Druck nicht zu Gunsten des bronze-farbigen verlassen worden wäre. Derselbe greift unbedingt die Augen an, besonders wenn nicht sehr viel Farbe aufgetragen oder abgedruckt wird.) G. W. R.

Justus Ohage.—The surgical treatment of diseases of the gall-bladder. — Sep.-Abdr. aus *Med. News*, 19. und 26. Febr., 1887.

Verf. spricht sich sehr energisch dafür aus, die Behandlung der Gallensteine, entsprechend dem jetzigen Standpunkt der Chirurgie, den Händen des operirenden Chirurgen zu übergeben, und liefert zu der

noch so jungen Chirurgie der Gallenwege einen werthvollen Beitrag in zwei Operationsgeschichten mit sehr gutem Erfolg. Eine Cholecystotomie (Fall I) und eine Cholecystektomie (Fall II). Nach einer kurzen Vergleichung der drei üblichen Methoden

a. Cholecystotomie (natürliche; Lawson-Tait),
b. Cholecystotomie (ideale; Bernays), und
c. Cholecystektomie (Langenbuch), und ihrer Statistik:
zu a. 49 Fälle mit 11 Todten;
zu b. 5 Fälle mit 2, und
zu c. 9 Fälle mit 1 Tod,

spricht er sich, besonders mit Rücksicht auf das günstige Sterblichkeitsresultat, für Langenbuch's Operation aus, bei der zur gleicher Zeit die bei den andern Methoden möglichen Rezidive vermieden werden. Bernays' Methode (Ideal-Cholecystotomie: Inzision der Gallenblase, Entleerung des Inhaltes, Vernähung der Gallenblasenwunde und Replacement) erkennt er wohl als die Ideal-Operation an, doch scheint ihm das Mortalitätsverhältniss zu ungünstig. (Hierzu möchte Ref. bemerken, dass eine Anzahl von 5 Operationen wohl gar zu klein ist, um einigermaassen Anhalt zu geben für eine prozentarische Berechnung; ausserdem, wenn Verf. von der Gesammtzahl der Tait'schen Operation die von Tait selbst operirten abzieht (21 ohne Tod), so erhält er ganz genau dieselbe Mortalität, wie bei Bernays' Operation—(28 : 11 = 5 : 2.)

Die beiden Fälle Ohage's selbst sind recht interessant.

Fall I operirte er zweizeitig. Zuerst Vernähung des Peritonäums mit den Bauchdecken; dann, da bei dem Versuch, die Gallenblase in die Wunde zu nähen, die Suturen durchschnitten: Bedeckung des Wundrandes mit einem ovalen Kranz von Jodoform-Watte, und so Andrückung des Wundrandes gegen die Gallenblase. Nach acht Tagen Eröffnung der jetzt adhärenten Gallenblase — ohne Narkose — und Entfernung von ½ Pf. grünlichen Eiters und 41 Steinen; ein 42ster wurde noch im *Ductus communis* gefunden, und, da er bei dem Extraktionsversuch zerbrach, stückweise herausbefördert. Nach drei Wochen Heilung bis auf eine kleine Fistel, die sich nach drei Wochen schliesst, aber von Zeit zu Zeit wieder aufbricht.

In Fall II bot die „enorm" ausgedehnte Gallenblase — Maasse fehlen. Ref. — einen so guten Halt, dass O. sie erst. punktirte, nachdem er sie überall isolirt und ligirt hatte. Durchtrennung mit Paquelin. Am achten Tage erstes Verbandwechsel; am 13. Tage verliess Pat. das Bett vollständig geheilt. Schliesslich plaidirt Verf. für frühzeitige Operation. Jedenfalls soll man nicht warten, bis die Kräfte der Pat. zu sehr erschöpft sind. G. D.

Dr. W. F. Loebisch. — Ueber die neueren Behandlungsweisen der Fettleibigkeit. — *Wiener Klinik*, 1. und 2. Heft, 1887, red. von Dr. Anton Bum; Urban & Schwarzenberg, Wien.

Dies ist ein für den praktischen Arzt sehr brauchbares Heftchen, welches die Pathologie des Fettseins genetisch aus der Physiologie der Fettablagerung entwickelt und die verschiedenen Heilmethoden, welche die pathologische Fettablagerung und ihre Resultate zu bekämpfen bestimmt sind, in lichtvoller Darstellung vorführt.

Alle ätiologischen Momente, welche Fettleibigkeit hervorbringen resp. begünstigen — zu viel Essen, verminderte Muskelthätigkeit, zu lange schlafen, Mangel erregender Einflüsse der Nerven auf den Stoff-

umsatz, zu viel Bier trinken etc. — werden kurz, aber gründlich besprochen und dann die Symptomatologie der Fettleibigkeit eingehend geschildert.

Den Schluss bildet die Beschreibung der verschiedenen Heilmethoden, hauptsächlich Banting's (Harvey's), Ebstein's und Oertel's Behandlungsweisen, die ja schliesslich zumeist auf den grundlegenden Arbeiten von Voit fussen. Das schmälert natürlich das Verdienst der genannten Autoren durchaus nicht, zumal sie die drei einzig dankbaren Anwendungsweisen der von Voit aufgestellten Fundamentalregeln für die Fettbildung darstellen.

Ausführliche diätetische und medikamentöse Rathschläge nach Maassgabe der drei verschiedenen Verfahren sind angegeben, und scheint Verf. — wie auch wohl im Allgemeinen richtig — der Ebstein'schen Methode den Vorzug zu geben, jedoch unter gleichzeitiger Befolgung der von Oertel energisch empfohlenen Beschränkung der einzunehmenden Flüssigkeitsmenge. G. W. R.

Bei der Redaktion eingegangene Bücher etc.:

Dr. J. J. Garmany (New York). — Operative Surgery on the Cadaver, p. 146. — New York, D. Appleton & Co., 1887.

Dr. George T. Stevens (New York). — Functional Nervous Diseases; their Causes and their Treatment; Memoir for the Concourse of 1881—1883, Académie royale de Médicine de Belgique; p. 217. — New York, D. Appleton & Co., 1887.

The Ethical Relations Existing between Medicine and Pharmacy, with Illustrations of an improved Method for the collective and scientific Investigation of new Drugs. — Scientific Dep't of Parke, Davis & Co., Detroit and New York, 1887.

What to do in Cases of Poisoning, by Wm. Murrell, M. D., 1st Am. from 5th Engl. Edition, by Frank Woodbury, M. D. — The Medical Register Company, Phil., 1857.

The Physicians' Leisure Library, No. 2, 1887. — Diseases of the Heart, by Prof. Dujardin-Beaumetz, Geo. S. Davis, Detroit, Mich.

Sexual Impotence in the Male and Female by Wm. A. Hammond, M. D. — Geo. S. Davis, Detroit, Mich., 1887.

Report on a Series of 500 Successive Cases of Enucleation of the Eyeball (Dr. Knapp's), by F. E. D'Oench, M. D. — Repr. from *Arch. of Opthalm.*, Vol. XVI, No. 2, 1887.

Iritis, by A. G. Sinclair, M. D. (Memphis, Tenn.) — Read before the *Med. Soc. of Tennessee*, April 6, 1886.

Geschichte der Laryngologie etc. von Dr. Gordon Holmes (London, Engl.), übers. v. Dr. Otto Koerner (Frankfurt a. M.) — Berlin, 1887, Aug. Hirschwald.

Beobachtungen über Malaria, insbesondere das typhoide Malaria-Fieber von Dr. F. Werner (Narwa, Russl.); mit 2 lith. Curventafeln. — Berlin, 1887, Aug. Hirschwald.

Suppurative Inflammation of the Antrum, by E. Fletcher, Ingals, M. D. — Repr. *Journ. of the Am. Med. Ass'n*, July 30, 1887.

Jahresbericht der Gesellschaft für Natur und Heilkunde in Dresden, 1886—1887. Dresden, G. A. Kaufmann, 1887.

Der derzeitige Standpunkt der Schutzimpfungen von Dr. Otto Beumer, Privat-Dozent für Hygiene in Greifswalde. — Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1887.

Renal Colic, Parasitic und Calculous: A Criticism by J. B Marvin, M. D. (Louisville). — Reprint from *South-Western Med. Gazette*, June, 1887.

Address in State Medicine: Recent Advances in Preventive Medicine by George H. Rohé, M. D. (Baltimore). — Repr. *Journ. Am. Med. Ass'n.* June 7 and 10, 1887.

A Review of the most Important Advances in Surgery, Medicine and Pharmacy in the last 40 years, by C. W. Moore, M. D. (San Francisco). — Repr. *Pacific Record of Med. and Surg.*, July 15, 1887.

Intubation of the Larynx, by E. Fletcher Ingals, M. D. (Chicago). — Repr. *N. Y. Med. Journ.*, July 2 and 9, 1887.

Importance and Value of Experimental Research, by M. Senn, M. D. (Milwaukee). — Repr. *Western Med. Reporter*, March, 1887.

Gastritis gravis acuta im frühen Kindesalter, von Dr. A. Seibert. — Sep. Abd. a. d. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, N. F. XXVI. Bd., 3. und 4. Heft.

Intubation of Larynx; Papers read before N. Y. Academy of Medicine, by A. Jacobi, Joseph O'Dwyer, F. Huber, Dillon Brown, W. P. Northrup, J. H. Hance and A. Caillé. — Repr. *N. Y. Med Record*, June 18, 25, and July 23, 1887.

The Physicians Leisure Library. No. 3, 1887. — Diarrhœa and Dysentery, etc., by A. B. Palmer, M. D. — Geo. S. Davis, Detroit, Mich.

Practical Examples in Prescription Writing, by Charles H. May, M. D. — *Issued for the use of his Quiz-Classes.*

Anatomische Untersuchungen über die menschlichen Rückenmarkswurzeln, von Dr. Ernst Siemering, Assist. d. psych. Klinik zu Berlin; mit 2 Tafeln. — Berlin, 1887, August Hirschwald.

The Buffalo Lithia Waters in the Treatment of Diseases of the Nervous System, by G. Halstead Boyland, M. D. — Repr. *N. Y. Med. Journal*, August 20, 1887.

Three Cases of Pregnancy complicated by Ovarian Tumors; Ovariatomy; Recovery, by Paul F. Mundé, M. D. — Repr. *N. Y. Med. Journ.*, Aug. 6, 1887.

Das Methylenchlorid (CH_2Cl_2) als Narkotikum, von Dr. Eichholz und Prof. Dr. Greuther (Jena). — Sep.-Abdr., *Deutsch. Medizinal Ztg.*, No. 67, 1887.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. IV. New York, November 1887. No. 5.

Rheumatismus bei Kindern.

Von Dr. Geo. W. Rachel, Kinderarzt an der *Deutschen Poliklinik.*

Vortrag, gehalten in der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 7. November 1887.

Herr Präsident und werthe Kollegen! Die sprichwörtlich gewordene Vielgestaltigkeit des Rheumatismus tritt im Kinderalter unzweifelhaft weit häufiger zu Tage, als in späteren Lebensaltern. Noch vor wenigen Jahrzehnten wollten die meisten Mediziner die grosse Häufigkeit rheumatischer Anfälle bei Kindern nicht zugestehen; ja von mancher Seite wird diese Thatsache sogar heute noch nicht genügend anerkannt. Ich darf wohl voraussetzen, dass bei Ihnen über dieselbe kein Zweifel besteht; jedenfalls glaube ich, hoffen zu dürfen, dass dies der Fall sein wird, nachdem Sie meinem kurzen Bericht zugehört haben werden.

Es gehört zwar schon seit manchen Jahren zum *„guten Ton"* unter den Klinikern, in allen Fällen von Rheumatismus das Herz während des ganzen Krankheitsverlaufs tagtäglich zu auskultiren; dass aber die Untersuchung eines Kindes, dessen Wohlbefinden augenscheinlich gestört ist, wenn auch die Symptome keinen festen Anhaltspunkt bieten — dass die Untersuchung eines solchen kranken Kindes nicht vollständig ist, wenn nicht eine sorgfältige Auskultation des Herzens vorgenommen wurde, das wird entschieden noch zu wenig betont. Und in so manchen derartigen Fällen wird die Untersuchung des Herzens Licht bringen; es werden endokardiale Geräusche vorhanden sein, welche die Diagnose einer rheumatischen Affektion sichern, selbst wenn absolut keine Gelenke ergriffen sind.

Die Symptome, welche von den Eltern solcher Kinder oder von ihnen selbst dem Arzte angegeben werden, sind sehr verschiedener Art.

Das Kind hat seit einiger Zeit keinen Appetit, bekommt ein blasses Aussehen, es ist immer matt und müde, bekommt sogar dann und wann Schwäche-Anfälle, so dass es völlig zusammenknickt und sich schnell in einen Sessel wirft oder auf's Sopha legt; es klagt über Schmerzen in der linken Seite (Seitenstechen) oder im Epigastrium (Magen- oder Leibweh) oder aber in der Herzgegend (Brustschmerzen); hat Erbrechen und Verstopfung. In vielen Fällen ist das hervorstechendste, dann und wann sogar das einzige Symptom, welches berichtet wird, ein tage- — ja wochenlang — anhaltendes Kopfweh; manche Eltern bemerken, dass das Kind des Nachts Fieber habe — am Tage entgeht dieses Symptom ihrer Beobachtung; wieder in anderen Fällen wird als prominentestes Symptom ein quälender Husten angegeben, welcher entweder von gar keinem oder nur von spärlichem Auswurfe gefolgt ist und der in seltenen Fällen in krampfhaften Paroxysmen zuweilen bis zum Erbrechen auftritt; Schlaflosigkeit und Unruhe des Nachts,

die sich bis zu Anfällen von *Night-terrors* steigern, ja sogar Somnambulismus; über Schwindel wird seltener geklagt, doch kommen Ohnmachtsanfälle vor. Noch ein Symptom ist erwähnenswerth, da dasselbe häufig das einzige ist, über welches geklagt wird, das ist Halsweh; es kann dies nämlich leicht zu einer irrigen oder doch unvollständigen Diagnose führen.

Alle bis jetzt aufgezählten Symptome sind solcher Art, dass sie über das Wesen des pathologischen Prozesses, der ihnen zu Grunde liegt, nichts Bestimmtes vermuthen lassen.

Und doch sind dieselben in den meisten Fällen auf ein und dasselbe schädliche Agens zurückzuführen; sie sind direkt und indirekt durch eine rheumatische Attaque verursacht. Dies wird sofort ausser allem Zweifel festgestellt, wenn man eine Untersuchung des Herzens vornimmt. Dieselbe ergiebt das Vorhandensein einer subakuten Endokarditis, zuweilen — aber selten — einer gleichzeitigen Perikarditis. Nun wird man auch sofort auf Befragen erfahren, dass das Kind mindestens eins von den drei pathognomonischen Symptomen: Herzklopfen, Dyspnoë und Gliederschmerzen gehabt hat. Ich habe dieselben, sowie gelegentliches Nasenbluten absichtlich vorher nicht mit aufgezählt, weil sie durchaus nicht so oft spontan als hervorragende Symptome angegeben werden. Man muss sie sehr häufig erst aus den kleinen Patienten oder ihren Begleitern herausfragen.

So gaben von 147 derartigen Patienten, welche ich am 1. Januar 1885 bis zum 1. Juli 1887 auf der Kinderabtheilung der *Deutschen Poliklinik* behandelte, nur 38 ungefragt Gliederschmerzen als Symptom an; weitere 68 gaben auf Befragen zu, dass Schmerzen in verschiedenen Gelenken geklagt worden waren oder noch existirten. Bei 41 war jedoch in dieser Beziehung nichts Bestimmtes zu eruiren.

Von der ganzen Zahl (147) konnte nur in einigen dreissig Fällen bei der ersten Untersuchung Schmerz auf Druck und nur in wenigen Fällen eine leichte Geschwulst nachgewiesen werden. Doch stellten sich die arthritischen Symptome häufig während des weiteren Verlaufes ein. Bei 29 Patienten waren jedoch weder durch die Anamnese, noch während des späteren Verlaufes arthritische Symptome nachweisbar. Am häufigsten waren, wie dies gewöhnlich der Fall ist, Knie-, Fuss- und Hüftgelenk ergriffen; dann die oberen Extremitäten und in einigen wenigen Fällen die Artikulationen des Rückgrates, speziell die der Halswirbel. Die fibröse Struktur auf der Vorderseite des Thorax, welche die Rippen und das Brustbein überlagert, war nur in einem Falle sehr schmerzhaft auf Druck, sehr wenig aber in Folge aktiver, speziell der Athembewegungen.

Herzklopfen wurde nur in 22 Fällen freiwillig geklagt, obgleich es bei einer grossen Anzahl der Patienten vorhanden war, wenn auch viele auf Befragen nur bei Anstrengungen oder Aufregungen dasselbe zu verspüren angaben.

Für die Dyspnoë gilt dasselbe; auch hier musste in den meisten Fällen erst durch Fragen die Thatsache, dass Patient sehr leicht kurzathmig sei, festgestellt werden.

Die Untersuchung der Patienten ergab nun, ausser den qu. endokardialen Geräuschen fast stets eine Temperaturerhöhung. Nur in 11 Fällen war kein Fieber vorhanden, d. h. die Temperatur war unter 99° F. Die Majorität der Fälle zeigte eine 102° F. nicht überschreitende Temperaturerhöhung; ein Fieber von 103° und darüber war ver-

hältnissmässig selten; 104° F. und darüber zeigten nur 4 Fälle; 105° wurde bei keinem dieser Falle gemessen.

In tabellarischer Uebersicht zusammengestellt zeigte das Fieber der Patienten folgendes Verhalten:

Eine Temperatur unter	99°	F.				hatten	11 Pat.
„ „	von 99°	„	und	darüber	„	20	„
„ „	„ 100°	„	„	„	„	50	„
„ „	„ 101°	„	„	„	„	31	„
„ „	„ 102°	„	„	„	„	17	„
„ „	„ 103°	„	„	„	„	14	„
„ „	„ 104°	„	„	„	„	4	„
					Zusammen		147 Pat.

Die Majorität der Fälle (81) zeigte also eine mässige Fieberbewegung zwischen 100° und 102°. Eine weit geringere Anzahl (35) wies Temperaturen von 102° und darüber auf; doch wurden wie gesagt in keinem Falle die vollen 105° beobachtet. (Immerhin habe ich mehrmal in der Privatpraxis 105° und darüber im Verlaufe des Rheumatismus bei Kindern gemessen, bei denen ebenfalls die arthritischen Symptome viel weniger ausgesprochen waren, als wie die auf die Endokarditis zu beziehenden.)

Was nun die bereits öfters erwähnten endokardialen Geräusche anbetrifft, so will ich gleich vorausschicken, dass es sich dabei durchaus nicht um solche Geräusche handelt, wie wir sie bei Klappenfehlern zu hören gewöhnt sind. Solche Geräusche treten nur in einer verhältnissmässig geringen Anzahl der Fälle auf, wie wir gleich sehen werden. Diese endokardialen Geräusche, die man da hört, sind der verschiedensten Art. Am bezeichnendsten für dieselben ist der Umstand, dass der wohlbekannte Rythmus des normalen Herzschlages ungeändert weitergehört wird. Doch treten an Stelle des normalen, verhältnissmässig tiefen Tones desselben helle klingende und musikalische Geräusche, ähnlich in mancher Beziehung und doch wieder verschieden von den sogenannten Blutgeräuschen bei Chlorotischen. Dann und wann wiederum sind es Geräusche, welche reibend, fast sägend erscheinen, ohne jedoch etwa perikardialer Natur zu sein, da sie stets isochron mit den normalen Herztönen auftreten. Es ist unmittelbar einleuchtend, dass wir es hier mit Geräuschen zu thun haben, welche auf pathologische Zustände der Serosa des Herzens zurückzuführen sind. Die Entzündungsprodukte lagern sich in derselben ab und je nachdem nun einerseits die verschiedenen Gebilde im *Cavum cordis* von der Entzündung verschieden ergriffen werden und je nachdem andererseits der Prozess selbst in den einzelnen ergriffenen Partieen mehr oder weniger fortschreitet, müssen die Herztöne dementsprechend modifizirt werden.

Solange die fortschreitende Entzündung auf das die Herzhöhlen auskleidende Endokard selbst beschränkt bleibt, können abnorme Geräusche nur dann gehört werden, wenn das Epithel bereits stellenweise exfoliirt ist und die Ablagerung des Fibrins auf diesen Stellen beginnt. Ich bin der Ansicht, dass wir es in diesen Fällen mit einer beginnenden verrukösen Endokarditis zu thun haben, obgleich dieselbe eine verhältnissmässig seltene Krankheitsform darstellt. Ich glaube im Gegentheile, dass wir es mehr mit den Anfangsstadien der Entzündung zu thun haben und dass dieselbe zumeist im Klappenapparate lokalisirt ist. Ich denke mir, dass in den Sehnenfäden und in den Papillarmuskeln, vielleicht auch in den Klappensegeln selbst, ein mässi-

ges Exsudat auftritt, welches die sonst lautlose Bewegung der Mitralis — denn um diese handelt es sich ja fast ausschliesslich — hörbar macht indem die betr. Gebilde verdickt sind. Dadurch nämlich bieten sie einerseits dem Blutstrome einen grösseren Widerstand dar und werden andererseits die Schwingungen, in welche sie versetzt werden, kräftiger und ausgiebiger.

Bis dahin ist von einem wirklichen Klappenfehler noch gar nichts vorhanden und wenn der Prozess jetzt zum Stillstande kommt, so kommen die betr. Neubildungen zur Resorption und die *Restitutio ad integrum* tritt naturgemäss ein. Sind aber die Ablagerungen, oder besser Infiltrationen, am *Ostium atrio-ventriculare*, oder diejenigen an dem Klappensegel, den Sehnenfäden und Papillarmuskeln von grösserem Belange, so muss natürlich entweder eine Stenose oder eine Insuffizienz eintreten. Doch auch dann ist der Schaden durchaus noch nicht unheilbarer Natur. Auch dann noch können die Folgen des pathologischen Prozesses vollständig zur Rückbildung kommen.

Von den 7 Mitralstenosen, den 14 Mitralinsuffizienzen und der einen Aortenstenose, welche auf meiner Kinderklinik unter den 147 Fällen frischer rheumatischer Endokarditis zur Beobachtung kamen, sind alle die geheilt und die normale Funktion des Herzens bei ihnen wiederhergestellt worden, welche genügend lange Zeit unter Behandlung und Beobachtung blieben, d. h. 20. Die Zeit, welche bis zum völligen Verschwinden des den Klappenfehler anzeigenden blasenden Geräusches verrinnt, ist natürlich je nach der Intensität des Anfalles und der Art der Läsion verschieden; doch aber kann ich an der Hand der bei Beobachtung meiner Fälle gesammelten Erfahrungen behaupten, dass die Majorität derselben nach mehreren Wochen, seltener nach einigen Monaten, vollständig verschwindet. Nur ein Fall kam zur Beobachtung, in welchem dieser Prozess einige Jahre dauerte. Der Fall ist interessant genug, um ausführlicher besprochen zu werden.

Noch einige Worte über den Puls. Derselbe ist als endokarditischer Puls selbstverständlich fast immer sehr dünn und klein und sehr beschleunigt — einerlei wie heftig auch die Herzaktion ist, selten unter 120, noch seltener unter 100 in der Minute; in einigen Fällen bis 160, 170 und 180, in einem Falle sogar unzählbar über 200 vermuthlich; doch waren die einzelnen Pulswellen oft von einander so wenig getrennt zu unterscheiden, dass ein Zählen unmöglich war. Nur in 6 Fällen wurden weniger als 100 Schläge in der Minute gezählt und zwar je einmal 70, 80, 86, 88, 90 und 96. Bemerkenswerth ist, dass bei diesen Patienten zugleich eine bedeutende Unregelmässigkeit des Herzschlages bestand, ein Symptom, welches im Ganzen nur bei 18 Patienten notirt ist. Doch findet dies vielleicht darin seine Erklärung, dass in jenen 6 Fällen eine ausnahmsweise grosse Schwäche beobachtet wurde. Dieses spezielle Krankheitsbild dürfte sich vielleicht durch die Annahme eines perikarditischen Prozesses erklären, obgleich keine physikalischen Symptome desselben notirt sind. Die Respiration ist ebenfalls beschleunigt, je nach der Heftigkeit des Anfalles; meist ist sie flach und dann und wann von tiefen seufzenden Athemzügen unterbrochen. In einigen wenigen Fällen trat dieses Symptom besonders störend und persistent auf.

Von Komplikationen sind nächst der in schwereren Fällen ziemlich ausgesprochenen Stauungs-Bronchitis, hauptsächlich Pharyngitis und Laryngitis zu erwähnen, weil sie, wie bereits erwähnt, in Folge der durch sie verursachten Halsschmerzen den Arzt in

der Diagnose irreführen können ; wenn die Hauptklagen des Patienten Halsschmerzen, Husten, Heiserkeit und Fieber sind und Pharynx, sowie Tonsillen geröthet und geschwollen gefunden werden, so mag das rheumatische Grundleiden wohl übersehen werden. Und nächst der beliebten Malaria, nächst Anämie und Magenkatarrh, war es besonders Halsentzündung, an welcher die *Poliklinik*-Patienten von anderen Kollegen vorher behandelt worden zu sein angaben.

Auf die Häufigkeit der Pharyngitis and Laryngitis als Komplikation des rheumatischen Anfalles hat zuerst A. Jacobi besonders aufmerksam gemacht in seinen klinischen Vorlesungen im *College of Physicians and Surgeons* und im *Bellevue Hospital**), deren eine er vor 12 Jahren veröffentlichte. Daselbst ist auch die Seltenheit der Pneumonie und der Nephritis als Komplikationen betont. Sie kamen in den vorliegenden Fällen nicht zur Beobachtuug, obgleich die Lungen immer und der Urin sehr häufig untersucht wurde. Anders jedoch in Bezug auf Perikarditis und Pleuritis, von denen Jacobi angiebt, dass sie durchaus nicht selten seien. Die letztere wurde in keinem Falle und Perikarditis nur in 7 Fällen und auch da nur vorübergehend beobachtet. Es kam nie zu grösseren perikardialen Ergüssen und es war nur in zwei Fällen perikarditisches Reibegeräusch vorhanden, welches nach Jacobi in diesen Fällen deshalb selten gehört wird, weil das Exsudat vorwiegend serös, nicht fibrinös ist. In den anderen Fällen diente nur die Verbreiterung der Dämpfung an der Herz-Basis und die ausserordentlich leisen Herztöne zur Sicherung der Diagnose.

In Bezug auf Chorea kann ich die Sie vielleicht überraschende Angabe machen, dass dieselbe nur in 2 Fällen ausgesprochen vorhanden war. Allerdings wurden leichte chorea-artige Bewegungen sehr häufig beobachtet, und von einer Anzahl derjenigen Patienten, die schon früher rheumatische Anfälle gehabt hatten (die Zahl derselben belief sich auf 9), wurde eine früher abgelaufene Chorea berichtet; die typischen Choreafälle jedoch, welche sonst in der *Poliklinik* zur Behandlung kamen, bestanden meist schon längere Zeit, zeigten keine subakuten endokardialen Symptome — einige jedoch einen ausgesprochenen Klappenfehler — und waren der später zu berichtenden, gegen die rheumatische Endokarditis gerichteten Therapie nicht zugänglich. (Diese letzteren sind selbstverständlich in die vorliegenden 147 Fälle nicht eingeschlossen.)

Meningitis wurde als Komplikation nur einmal bei einem 3jähr. Mädchen beobachtet; dieselbe trat erst in der zweiten Woche auf, nachdem die sehr hohe Temperatur (104.4° F.) sehr langsam bis 101.8° gefallen und auch der Puls von 150 auf 110 heruntergegangen war. Ohne jedweden sichtbaren Grund ging die Temperatur plötzlich wieder in die Höhe, das Kind wurde schlafsüchtig, während es vorher sehr lärmend gewesen war; die endokardialen Geräusche, welche sonst fast ganz verschwunden gewesen waren, verstärkten sich von Neuem, nur die Gelenke, welche zu Anfang sehr schmerzhaft gewesen waren, blieben frei. Es bestand extreme Mydriasis und etwas Nackenstarre mit leichtem Opisthotonus. Die Pupillenreaktion war sehr träge und unvollkommen. Das Kind besserte sich unter geeigneter Behandlung (Jodoform-Kappe und Jod- und Bromkali und Salicyl) Anfangs sehr langsam; jedoch war

*) Dieselbe bildet die 2. Nummer der damals von E. Seguin herausgegebenen und von G. P. Putnam's Sons' verlegten *Series of American Clinical Lectures*.

es bald fieberfrei und nach 3½ Wochen völlig gesund ohne irgend welche bleibende zentrale oder periphere Läsion.

Ehe ich nun zur Therapie übergehe, lassen Sie mich noch einige statistischen Angaben nachholen:

Unter den 147 Patienten waren 90 weiblichen und 57 männlichen Geschlechtes. In Bezug auf das Alter sind folgende Angaben zu machen:

Unter 2 Jahren			5	Pat.
2	Jahre und darüber		4	„
3	„	„ „	6	„
4	„	„ „	11	„
5	„	„ „	7	„
6	„	„ „	17	„
7	„	„ „	10	„
8	„	„ „	14	„
9	„	„ „	12	„
10	„	„ „	23	„
11	„	„ „	19	„
12	„	„ „	11	„
13	„	„ „	5	„
14	„	„ „	3	„
Zusammen.....			147	Pat.

Die überwiegende Majorität der Kinder (129) sind hier geboren, nur 18 in Europa, davon 12 in Deutschland, 4 in Oesterreich-Ungarn und je eins in England und Russland. Bemerkenswerth ist, dass diese Kinder, mit Ausnahme eines 4jährigen Mädchens, welches kurz nach ihrer Geburt hier ankam — 6 Jahre und darüber alt sind; ihr Durchschnittsalter ist 10 Jahre. Die meisten sind schon mehrere Jahre hier und nur von einem 6½jährigen Mädchen, welches ein Jahr zuvor angekommen war, wurde von früheren rheumatischen Anfällen berichtet. Ob das zufällig so ist, oder in klimatischen Bedingungen begründet, bleibt vorläufig unentschieden.

Ueber das hereditäre Element bin ich leider nicht im Stande, statistisch genaue Angaben zu machen; dass aber in sehr vielen Fällen Vater oder Mutter oder beide an rheumatischen Anfällen gelitten hatten oder noch litten, kann ich getrost behaupten. Diese Thatsache der Vererbung kam uns namentlich bei sehr jungen Kindern zu statten und bestätigte oft die Wahrscheinlichkeitsdiagnose. War ein Kind von 2 Jahren oder weniger Nachts unruhig und fieberhaft, wollte nicht trinken, hustete und hatte eine erhöhte Temperatur und einen schnellen, weichen Puls, so wurde, da die Auskultation des Herzens nicht immer befriedigend ausfällt, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Rheumatismus gestellt. In den Fällen aber, wo ein Bruder oder eine Schwester des Kindes in rheumatischer Behandlung war oder gewesen war, bestand nie ein Zweifel und die Diagnose wurde dadurch sofort gesichert.

Was endlich die Vertheilung der einzelnen Fälle auf die Jahreszeiten anbelangt, so entspricht dieselbe der Vertheilung rheumatischer und gichtischer Leiden überhaupt, d. h. ein Maximum zweimal im Jahre. Die Höhe in der Anzahl der Anfälle im Spätjahre fällt in den November und Dezember (18, resp. 20), diejenige im Frühjahre in den März und April und reicht noch bis in den Mai hinein (25, 30 und 20).

Die Therapie dieser Krankheit, welche ich seit mehreren Jahren sehr

erfolgreich gefunden habe, ist eine verhältnissmässig einfache. In Bezug auf medikamentöse Behandlnng wird zuerst *Natron salycilicum* mit *Infusum Digitalis* gegeben und zwar gewöhnlich 5,0 g.; je nach dem Alter des Kindes mehr (bis zu 7,5 g.) oder weniger (nicht unter 3,0 g.) Dasselbe wird in 75,0 g. des offizinellen Digitalis-Infuses und 15,0 g. Syrup aufgelöst und vertheilt sich auf zwei Tage, so dass — wenn 3stündlich ½ Esslöffel gegeben wird, jede Dosis (bei 12 Gaben) resp. 0,25 g. (4 Gran), 0,4 g. (6 Gran) und 0,6 g. (10 Gran) des Salzes und ferner 7,5 g. (ʒii) Infus enthält, entsprechend etwa 0,015 g. (¼ Gran) Digitalis.

Diese Therapie wird fortgesetzt bis die Temperatur normal oder nahezu normal ist und der Puls langsamer, kräftiger schlägt und keine arthritischen Symptome mehr bestehen. Oft bedarf es zu diesem Zwecke nur einer einzigen solchen Vorschrift (in 41 Fällen); meist aber muss dieselbe mehr als einmal ordinirt werden, zwei-, drei- und sogar viermal. Ist nun die ebengeschilderte Besserung eingetreten, so wird nach Jacobi's Angabe dem Patienten *Tr. Ferri muriat.* mit *Tr. Digitalis* zu gleichen Theilen gegeben, wovon je nach dem Alter 8, 10, 15, selten bis zu 20 Tropfen 3mal täglich zu nehmen sind. Diese Medikation wird wochen-, monate- und selbst jahrelang gebraucht, das letztere speziell bei zurückbleibenden Klappenfehlern.

Von eminenter Bedeutung ist aber die diätetische Behandlung und ebenso die hygienischen Massregeln. Das Kind muss sich absolut ruhig verhalten, zu Hause bleiben und im Bett oder auf dem Sopha liegen. Jedwede Aufregung ist zu vermeiden, namentlich aber der Schulbesuch ist auf das Strikteste zu untersagen. Das Kind muss anstatt drei Mahlzeiten einzunehmen, sehr oft, d. h. 2 – 3stündlich Etwas geniessen, je leichter verdaulich desto besser, da es von grosser Wichtigkeit ist, den Magen mässig anzufüllen. Man kann alle diese Vorschriften nicht streng genug einschärfen; passirte es mir doch bei einem Patienten in der Privatpraxis, einem 11jährigen Mädchen, dass ihre Mutter nach Ablauf der ersten Woche sie wieder in die Schule gehen liess, weil das Töchterchen erklärte, sie sei jetzt wieder völlig wohl. Nach dem Mittagsmahl, welchem das Kind mit ausgezeichnetem Appetite zugesprochen, ging sie ziemlich schnell in die Schule; dort angekommen, fühlte sie so voll, dass sie ihre Röcke am Gürtel lösen musste. Plötzlich trat Schwindel ein und mit dem Ausrufe: „Ach, ich muss sterben!" stürzte das Mädchen vom Sessel herab. Aehnlich erging's einer *Poliklinik*-Patientin, einem 12½jährigen Mädchen.

Mit der Erlaubniss, dass die Patienten in die Schule oder überhaupt auf die Strasse gehen dürfen, kann man gar nicht lange genug warten; zumal was die Schule anbelangt, wirken hier zwei Ursachen zu Ungunsten der jungen Patienten, d. i. einerseits der Ehrgeiz der Kinder und ihre Liebe zur Schule, und andererseits der Ehrgeiz der Lehrerinnen und ihre aus Unwissenheit entspringende Anmaassung. Sie meinen ganz genau zu wissen, ob ein Kind krank oder schulfähig ist; sie nehmen sogar schriftliche Mittheilungen des Arztes darüber mit ungläubigem Lächeln und Kopfschütteln auf und verweigern denjenigen Patienten, die sich immer noch wöchentlich einmal in der *Poliklinik* vorstellen müssen, die Entschuldigung für das dabei unvermeidliche Zuspätkommen.

Das Gleiche gilt natürlich für solche Kinder, die bereits zur Arbeit geschickt werden, was ja trotz aller Verbote doch dann und wann geschieht.

In den Fällen, welche das Salicyl nicht vertragen — dieselben sind glücklicherweise sehr selten — wurde Salol gegeben; doch scheint dasselbe im kindlichen Organismus nicht vollstandig in seine Bestandtheile: Karbol und Salicyl zersetzt zu werden. In den fünf Fällen, welche seit Einführung desselben damit behandelt wurden, wurde nur bei einem 10jährigen Knaben Erfolg erzielt.

In den Fällen, in welchen nach Beseitigung des rheumatischen Anfalles entweder ein sehr schwacher, oder ein dann und wann heftig arbeitender Herzschlag zurückbleibt, wird man mit *Caffeinum citricum*, resp. Bromkali und Morphium oder auch Veratrum erfolgreich sein. Dasselbe gilt für diejenigen Patienten, welche zum Theil in Folge seiner kumulativen Wirkung Digitalis nicht gut vertragen. Das letztere, das Digitalis, kann man in geeigneten Fällen auch in der von Penzoldt*) vorgeschlagenen Form geben, d. h. als Pulver 0,05–0,1 g. zweistündlich. Auf die Behandlung der Hysterie, Somnambulismus, Pavores u. a. Komplikationen näher einzugehen, verbietet die Zeit. Nur in Bezug auf Meningitis möchte ich die Jodoformkappe auf das Wärmste empfehlen; sie hat mir in dem vorher berichteten, sowie noch in zwei tuberkulösen Fällen werthvolle Dienste geleistet und ist unter allen Umständen besser als das bisher übliche Eis.

Zum Schlusse noch einige Worte über die Häufigkeit des Rheumatismus im Kindesalter, sowie über das Wesen desselben.

Die Zahl der auf der Kinderabtheilung der *Deutschen Poliklinik* in dem erwähnten Zeitraume behandelten Patienten betrug 4773, wovon etwa 3000 an meinen Tagen sich präsentirten; die 147 rheumatischen Erkrankungen repräsentiren davon ungefähr 20 Prozent, also ein Verhältniss, grösser als es für Erwachsene gefunden worden ist. Der Behauptung Rehn's†): „....die Fälle aus der ersten Hälfte des Kindes„alters sind fast mehr als Kuriositäten zu betrachten und der akute „Rheumatismus wird erst in der zweiten Hälfte desselben eine Affek„tion, mit welcher wir zu rechnen haben," muss ich auf Grund meiner Erfahrungen ganz entschieden widersprechen. Kinder unter 7 Jahren waren 50 der 147 Patienten d. h. 36 Proz. Die Ursache, wesshalb solche Ansichten noch allgemein verbreitet sind, ist die, dass man die Begriffe Rheumatismus und Gelenksentzündung für untrennbar hält. Behauptet doch Rehn‡), dass „die Gelenkaffektion immer als die in „diagnostischer Hinsicht maassgebende und wesentliche (Lokalisation „des rheumatischen Prozesses) aufzufassen ist," trotzdem er dagegen später§) betont „dass der akute Rheumatismus als eine Allgemein„erkrankung zu betrachten ist, welche bald hier, bald dort an gleich„werthigen Geweben in gleicher Weise zum Ausdruck kommt" etc. Dem letzteren Ausspruche muss ich unbedingt beipflichten, kann aber nicht verstehen wie er sich mit dem ersteren vereinigen lässt, nach welchem erst die Gelenksaffektion die Diagnose: Rheumatismus gestatten soll. Die 29 vorerwähnten Fälle von Endokarditis, in welchen keine Gelenkaffektion zur Beobachtung kam, waren zweifellos rheumatischer Natur. Mit viel grösserem Rechte könnte man behaupten, dass eine rheumatische Attaque im Kindesalter niemals ohne mässige Affektion des Endokards verläuft und damit noch weiter gehen als Jacobi. Letz-

*) *Münch. Med. Wochenschr.*, No. 22, 1887.

†) Gerhardt's Sammelwerk. III. Bd., 1. Hälfte, 1878.

‡) l. c. p. 9.

§) l. c. p. 28.

terer Autor hält zwar die Abwesenheit der Endokarditis für möglich, hält dies aber für eine grosse Ausnahme*).

Ueber das Wesen des Rheumatismus wissen wir nur wenig. Die Heredität beweist, dass eine individuelle resp. Familien-Disposition ein wesentlicher Faktor ist. — Ob wirklich im Einklange mit den immer moderner werdenden Anschauungen der Rheumatismus eine Infektionskrankheit ist, bleibt sehr fraglich. Der Umstand, dass er zu gewissen Jahreszeiten häufiger auftritt beweist absolut nichts, wie hie und da behauptet wird. Meteorologische und somatische Zustände dürften die Annahme eines spezifischen infektiösen Agens überflüssig erscheinen lassen.

Doppelbruch der Wirbelsäule und Schiefbruch des rechten Oberschenkels.†)

Ein klinischer Vortrag von Dr. Louis Bauer, Professor der Chirurgie am *St. Louis College of Physicians and Surgeons.*

Einigen von Ihnen wird dieser Kranke noch erinnerlich sein. Vor Jahresfrist wurde er in unsere Klinik (im *Pius-Hospital*) getragen, in Folge kurz zuvor erlittener, schwerer Verletzungen. Im Begriffe eine 600 Pfund schwere Kiste in ein unteres Stockwerk zu bringen, zerbrach der Boden des Elevators. Er stürzte von einer Höhe von 52 Fuss in den Keller hinab und die Kiste auf ihn; glücklicher Weise mit der Fläche, und so entging er einer Verwundung. Der Kranke war zwar bei Bewusstsein aber augenscheinlich im Kollaps. Nach Anwendung von Belebungsmitteln gelang es, eine sorgfältige Untersuchung vorzunehmen. Wir fanden zuvörderst einen Schiefbruch des rechten Oberschenkels im mittleren Drittel; demnächst einen Doppelbruch der Wirbelsäule im unteren Brust- und oberen Lendentheile. Die Dornfortsätze traten stark hervor. Eine fast vollständige Paraplegie mit Einschluss der Blase wurde konstatirt. Die Bewegungen des Rumpfes veranlassten heftige Schmerzen, die sich indessen durch eine kräftige Extension der Wirbelsäule mässigten. Wir legten den Patienten auf ein Wasserkissen (30x27″) und sicherten Apposition und Ruhe des Schenkelbruches durch einen vorläufigen Verband. In den folgenden 12 Tagen wurde keine Veränderung vorgenommen, da sich der Kranke behaglich und schmerzlos fühlte. Um diese Zeit traten die Zeichen verbesserter Innervation hervor und der Kranke fühlte Urindrang. Die Verbesserung, obschon langsam, zeigte stetigen Fortschritt, so dass auch der Katheter beiseite gelegt werden konnte. Am 12. Tage wurde der permanente Verband für den Schenkelbruch angelegt, wozu wir uns eines doppelten, von uns konstruirten *Planum inclinatum* bedienten. Obschon die Konsolidation des Bruches in der gewöhnlichen Zeit erfolgte, so wurde doch die Rückenlage noch gegen 6 Monate, also im Ganzen 8 Monate fortgesetzt. Die Genesung des Kranken ist eine fast vollständige. Nur eine leichte Schwäche in der linken Unterextremität und die Prominenz der Dornfortsätze der betroffenen Wirbel sind verblieben. Das Aussehen des Kranken, wie Sie sehen, ist gut, seine Bewegungen sind fast ebenso frei wie vor dem Unfalle.

*) l. c. p. 40.

†) Dieser Vortrag, welcher bereits im *St. Louis Med. & Surg. Journal* erschien, wurde uns vom Herrn Verfasser in eigner Uebersetzung zur Veröffentlichung zugestellt.

Spezielle Gründe veranlassen uns, Ihnen den Kranken nochmals vorzustellen. Wenn Sie den gebrochenen Femur untersuchen, so finden Sie keine Difformität, einen kaum wahrnehmbaren Callus und wenn Sie weiter den Kranken in der aufrechten Stellung beobachten, so wird es Ihnen klar, dass die Extremität eine kaum merkliche Verkürzung erlitten hat.

Ich mache Sie auf diese Punkte deshalb aufmerksam, weil wir die so befriedigenden Erfolge dem *Planum inclinatum* verdanken, welches bei den Aerzten der Neuzeit kein besonderes Ansehen geniesst; einige verwerfen es sogar. Da ich entschieden anderer Meinung bin, so benutze ich diese Gelegenheit die schwebende Frage zu besprechen.

Lassen Sie uns zuvörderst das Messen gebrochener Glieder erwägen, worüber noch Meinungsverschiedenheit besteht. Die meisten Aerzte wenden das sogenannte Bandmaass an und messen von der oberen, vorderen Spina der Darmschaufel bis zum unteren Ende des inneren Malleolus. Ich bin häufig zugegen gewesen, wenn von verschiedenen Aerzten eine solche Messung vorgenommen worden ist und das Ergebniss fast immer verschieden ausfiel, (selbst beim wiederholten Messen ein und desselben Arztes) einfach weil es an fixen Punkten fehlt, die Stellung des Gliedes und die Spannung des Maasses nicht immer dieselben sind. Ich halte daher diese Methode nicht für zuverlässiger als das Augenmaass eines geübten Beobachters. Es giebt nur eine zuverlässige Methode, die freilich erst am Ende der Behandlung in Anwendung gebracht werden kann. Wenn Sie einen Menschen mit gleich langen und gleich gestellten Unterextremitäten von hinten betrachten, so finden Sie, dass sich der Internatalspalt und die Medianlinie decken. Ist das eine Bein kürzer, so durchschneiden sich die beiden Linien in einen spitzen Winkel und die Grösse desselben entspricht genau der Verkürzung. Wenn Sie nun durch eine entsprechende Unterlage die Ungleichheit aufheben, so haben Sie in derselben zugleich das exakte Maass der Verkürzung und der Winkel wird aufgehoben. Indem wir diese Methode anwenden, finden wir, dass auch in diesem Falle eine Verkürzung besteht, die aber nicht $\frac{1}{8}$ Zoll erreicht, entschieden nicht überschreitet; sie ist jedenfalls so unbedeutend, dass sie den Gang des Patienten in keiner Weise beeinflusst.

Wenn wir solche Ergebnisse in der Behandlung eines Schenkelbruches mit Hülfe einer doppelt-geneigten Vorrichtung erreichen, wie sie sich kaum durch Anwendung anderer Hilfsmittel erlangen lassen, so scheint mir doch die bestehende Abneigung gegen das *Planum inclinatum duplex* unhaltbar zu sein. Handelte es sich blos um eine Meinungsverschiedenheit, oder um Gewohnheiten, so würde darüber kein Wort zu verlieren sein; aber es werden Thatsachen präsumirt, welche in dieser Meinungsverschiedenheit gipfeln, und auf diese müssen wir hier eingehen. Es wird behauptet, dass es geradezu unmöglich sei einen Schiefbruch des Femurschaftes ohne merkliche Verkürzung zu konsolidiren und als Ursache wird der unkontrollirbare Muskelzug der Schenkelmuskulatur angenommen. Diese Ansicht hat sich unter den Chirurgen so fest eingebürgert, dass es fast verwegen erscheint Widerspruch zu erheben. Es ist Zeit, dass wir uns über diese Punkte klar werden.

Nun, meine Herren, es muss zugegeben werden, dass ein gereizter Muskel durch Kontraktion reagirt. Wir sehen dies ganz klar wenn dislozirte Bruchfragmente mit exponirten Muskeln in Berührung kommen und als Beweis liegen uns die physiologischen Effekte vor, nämlich,

Veränderung der Konturen, Myophonie und Schmerz. Sowie aber die Reduktion der Bruchenden bewirkt ist, tritt in fast allen Fällen sofortige Muskelruhe ein und mit ihr verschwinden natürlich die physiologischen Zeichen; dies ist, denke ich, eine unbestreitbare Thatsache. Wenn aber der Muskel in Ruhe versetzt ist, wenn die Konturen des Gliedes unverändert erscheinen und wenn Myophonie und Schmerzen absolut fehlen, so kann natürlich, vom physiologischen Standpunkte aus, keine Muskelverkürzung angenommen werden. Die Vertreter jener Ansicht begehen eine grosse Inconsequenz, deren sie sich nicht bewusst zu sein scheinen wenn sie den doppelt-geneigten Frakturapparat zurückweisen, der doch das geeignetste Mittel sein dürfte, Muskelrelaxationen zu sichern. Einige Autoritäten sind so naiv, die doppelt geneigte Ebene für complizirte Brüche zuzulassen und doch ihren Werth für die Behandlung einfacher Brüche zu unterschätzen. Auf solche Widersprüche trifft man, wenn man diese Frage eingehend prüft. In Verbindung mit der Muskelverkürzungs-Theorie hat sich noch ein zweiter Irrthum eingeschlichen: nämlich der, dass eine jede Verkürzung durch Verschiebung des unteren Bruchfragmentes über das obere zu Stande komme. Nachdem wir bereits den abnormen Muskelzug ausgeschlossen haben, würde es nur einen Weg geben die Verkürzung nach oben zu ermöglichen, nämlich ein direktes Hinaufschieben, welches sich praktisch aber nicht annehmen lässt. Mithin kann die Verschiebung nur in entgegengesetzter Richtung geschehen, nämlich von oben und dafür kann ich die erforderlichen Beweise heranziehen.

Zu Anfang meiner ärztlichen Laufbahn war die sogenannte „Hagedorn-Dzondi'sche" Vorrichtung in der Mode. In Uebereinstimmung mit der Wirkungsweise dieses Apparates konstruirte ich später meine Drahthose, die bedeutende Vorzüge über jene besitzt; meistens brachte ich sie nur bei Kindern in Anwendung. In Beiden dient das gesunde Bein zur Kontraextension, während das gebrochene in Extension erhalten wird. Solange der Kranke wacht und eine gerade Stellung beobachtet, ist die Lage gesichert. Während des Schlafes aber neigt der Patient instinktiv den Körper nach der verletzten Seite um sich von einer sehr lästigen Stellung zu erleichtern. Das Becken erhält dadurch eine geneigte Stellung, sodass der Fuss mit dem Fussbrette in Berührung kömmt und in dieser einfachen mechanischen Weise wird die Verschiebung des oberen Bruchendes bewirkt. Man wird nun behaupten wollen, dass dies bei Gewichtsextension nicht möglich sei; man übersieht aber dabei die Thatsache, dass das Bein auf einer Matratze liegt und, dass das Gewicht des Beines einerseits und die Unebenheiten der Matratze andererseits gegen den Gewichtszug wirken. Nur auf dem Wege der Suspension oder dem Dumreicher-Volkmann'schen Eisenbahnapparat würde solches unmöglich sein. Sie sehen also, meine Herren, dass ich sehr gute Gründe habe, dem doppelt-inklinirten Planum den Vorzug in meiner Praxis einzuräumen. Die Vortheile desselben sind die folgenden:

1. Es erhält das gebrochene Glied in einer Stellung die ein Jeder im Zustande der Ruhe und des Schlafes annimmt, wogegen die gestreckte Stellung auf die Dauer lästig, ermüdend und schwer erträglich wird. (Versuchen Sie es nur einmal selbst, eine solche Stellung für längere Zeit zu erzwingen und Sie werden sehr bald davon abstehen müssen.)

2. Gestattet Ihnen das *Planum inclinatum* eine sehr leichte Einrich-

tung des Bruches, wie Sie es verschiedentlich in unserer Klinik gesehen haben; endlich

3. Ist eine Verschiebung des oberen Bruchfragmentes über das untere ohne grosse Anstrengung ganz unmöglich.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die bisherige Einrichtung dieser Apparate ihre Zurückweisung selbst verschuldet hat und ich habe daher mich veranlasst gesehen eine eigene, sehr einfache Vorrichtung herzustellen.

Die meisten dieser Apparate sind aus Brettern gefertigt, flachen daher das gebrochene Glied zum Nachtheile der Sicherheit und Bequemlichkeit ab; derjenige, welchen McIntire eingeführt hat, ist jedoch zu theuer um allgemeine Anwendung zu finden. Die Möglichkeit ihn in verschiedene Grössen zu verändern ist nur ein scheinbarer aber kein wirklicher Vortheil, er ist entweder zu gross oder zu klein und meistens zu weit. Und eine Hauptbedingung für solche Hülfsmittel ist eine genaue Anpassung und ein geringer Preis, sodass man sich für jeden einzelnen Fall und überall eine doppelt-geneigte Schiene anfertigen lassen kann. Die meinige kann ein jeder Blechschmied aus dünnem Eisenblech machen. Man messe die Länge und den hinteren Umfang des Gliedes und lasse das Blech darnach schneiden. Für das Knie werden 2 halbmondförmige Stücke ausgeschnitten, am Fussende wird ebenfalls Raum für die Achillessehne gemacht und dann eine der Grösse des Fusses entsprechende Holzplatte für den Fuss, in geeigneter Winkelstellung befestigt. Endlich wird diese gerade Schiene am Knie im passenden Winkel gebogen und der Apparat ist für den Gebrauch fertig. Nun polstert man ihn genügend mit loser Baumwolle und legt das Glied hinein. Bei der Einlagerung wird natürlich eine gewisse Extension ausgeübt und durch Befestigung mit Flanellbinden so erhalten, dass ein Hinaufgleiten des unteren Bruchendes geradezu unmöglich ist.

Wenn es nöthig erscheint, so befestige ich noch in warmem Wasser erweichte Lederschienen an die Vorderseite des Gliedes. Das Umfallen der Schiene lässt sich durch ein untergeschobenes Kissen oder durch einen Holzblock verhüten. Mittelst Durchlöcherung des Schienenrandes kann die Maschine auch in einen Schwebeapparat umgewandelt werden, von dem deutsche Chirurgen jedoch gewöhnlich Abstand nehmen wegen unzulässiger Beweglichkeit an der Bruchstelle.

Ich glaube mit dieser doppelt-geneigten Schiene längst bestehenden Bedürfnissen zu begegnen, die selbst in der Armenpraxis ihres geringen Preises wegen Verwendung finden kann.

In Bezug auf Brüche der Wirbelsäule werde ich an geeigneter Stelle auch auf diesen Fall zurückkommen.

Eine unerwartete Erbschaft hat die *Berliner Medizinische Gesellschaft* gemacht. In Lissabon starb vor einigen Jahren der in der wissenschaftlichen Welt bekannte Dr. Pedro Francisco da Costa Alvarenda und hinterliess ein sehr bedeutendes Vermögen. Da er kinderlos starb, vermachte er seinen ganzen Reichthum humanitären und wissenschaftlichen Anstalten, wie dem gemeinnützigen Institute *„Misericordia“* in Lissabon, der belgischen *Akademie der Medizin* u. A. Die meisten der im Testamente mit Legaten bedachten Gesellschaften haben ihre Erbschaften bereits ausgezahlt erhalten. Unter denen, die ihr Erbe nicht reklamirt haben, befindet sich die *Société de médecine de Berlin*, auf deren Theil nicht weniger als 3,489,500 Milreis entfallen, was etwa 60,000 Mark bedeutet.

Der Antrophor, ein neues Instrument zur Behandlung von Krankheiten der männlichen Harnröhre, des Nasen-Rachenraumes, des Thränenkanals und von Fisteln, Stich- und Schnittwunden.

Von Dr. A. Rose, New York.

Wenn wir die Literatur der letzten zwei bis drei Jahre über die Behandlung der Gonorrhöe überblicken, so finden wir, dass darin die Tendenz stark hervortritt, die altehrwürdige Methode der Behandlung mittelst Einspritzungen durch etwas Besseres zu ersetzen.

Man hat verschiedenartige Bougies, deren Grundmasse Cacaobutter, und später solche, deren Grundmasse Gelatin ist, versucht; doch mangelt diesen Bougies die nöthige Festigkeit, wenn es sich darum handelt, gewisse Hindernisse, die durch Eiteransammlung oder durch Schwellung verursacht sind, zu überwinden und tief genug, d. h. in die hinteren Partieen der Harnröhre einzudringen. Diese tiefergelegenen Abschnitte aber sind es gerade, die namentlich in chronischen Fällen örtlich behandelt werden sollten.

Unna (*Monatsschrift für prakt. Dermat.* 1885) empfiehlt Zinn-Sonden, bedeckt mit einer steifen Masse, einer *Argentum-nitricum*-Salbe. Hierzu ist zu bemerken, dass Unna damit den Tripper nicht ausschliesslich behandelt, sondern auch Injektionen nebenbei vornimmt, dass ferner sich diese Sonden nur für ganz besondere Fälle, jedenfalls nicht für das akute Stadium eignen.

Dr. D. C. McVail (*British Med. Journ.* 1885) erfand ein offenes Draht-Bougie. Diese Vorrichtung besteht aus drei Drähten, die an einem Ende zusammen gelöthet sind, und die zusammengefügt die Sondenform haben. Dieses Instrument soll die entzündeten Wände der Urethra von einander getrennt halten und den Sekreten freien Abfluss geben.

Derselbe hat auch eine andere Form angegeben, bei der das untere Ende in einen Gummischlauch mündet. Vermittelst dieser Vorrichtung lassen sich Flüssigkeiten in die Harnröhre einführen und darin beliebig lange, zwanzig bis dreissig Minuten lang, zurückhalten. Gewiss sind diese McVail'schen Instrumente sehr sinnreich erdacht und in manchen Fällen von hohem praktischen Werthe.

Dr. O. D. Ball (*N. Y. Med. Record*, July 24, 1886) führt Zinksalbe mittelst olivenförmig endender Bougies in die hinteren Partieen der Urethra. Auch dies ist sehr nützlich in einzelnen chronischen Fällen.

Dr. Casper (*Berl. klin. Wochenschr.*, No. 49, 1885) empfiehlt kannelirte mit *Argentum nitricum* bestrichene Sonden.

Wenn wir dieses Armamentarium betrachten und es mit dem Antrophor, welches zuerst nach Angabe Dr. Paul Francke's in Chemnitz angefertigt wurde, vergleichen, so fällt uns vor allen Dingen eine Eigenschaft auf, wodurch sich dieses Instrument vor allen anderen auszeichnet, nämlich die, dass es in allen Formen und in allen Stadien der Gonorrhöe anwendbar ist, während die anderen nur unter gewissen Bedingungen oder während gewisser Stadien von Nutzen sein können.

Dr. Francke theilt darüber Folgendes mit (*Aerztl. Zentral-Anzeiger*, No. 9, 1887): „Während die Einspritzungen in ungeschickten Händen entweder gar nicht bis an die erkrankten Schleimhäute gelangen, oder durch zu kräftiges Spritzen Blasenkatarrhe, welche noch Nierenentzündung nach sich ziehen können, hervorrufen, beschränkt sich ihre Wir-

kung im günstigsten Falle darauf, nur diejenigen Gonokokken zu treffen, welche sich gerade in der Harnröhre befinden, ohne der schnell wieder abfliessenden Flüssigkeit Zeit zu geben, von den Schleimhäuten resorbirt werden zu können. Durch die Anwendung des Antrophor's dagegen kommt das Medikament in dauernde innige Berührung mit den erkrankten Schleimhäuten, da sich das Instrument durch seine grosse Biegsamkeit denselben eng anzuschmiegen vermag.

Die das Instrument umgebende medikamentöse Gelatinemasse – wie solche auch bei den Vaginalkugeln in Anwendung kommt — schmilzt langsam ab, etwa in 10 bis 30 Minuten, je nach dem Grade der Entzündung, und ist dem Medikament somit die Gelegenheit zur Resorption geboten, damit dasselbe direkt auf die Pilzbrutstätten der Gonokokken einwirken kann.

Zur Anwendung gelangen hier die Antrophore in Längen von 10, 14 und 18 cm. mit *Cupr. sulf.* 0,2 Proz., *Zinc. sulf.* 0,5 Proz., *Jodoform* 5 Proz., sowie mit *Thallin. sulf.* 5 Proz. Letztere wirken besonders sehr günstig, da sie absolut nicht reizen und das Thallin die Gonokokken bereits in 0,5 Proz. Lösung vollständig zerstört (vergl. No. 1 Jahrgang 1887 des *Correspondenzblattes für schweiz. Aerzte*), weshalb ich die Herren Kollegen auf die Thallin-Antrophore ganz besonders aufmerksam mache. Zur Behandlung eines Falles sind ca. 20 Antrophore erforderlich, da Anfangs täglich 2, später 1 und 2tägig ein Stück eingeführt wird. Die Einführung ist so einfach, dass der Patient sie leicht selbst besorgen kann."

Abgesehen von der Behandlung der Gonorrhöe eignet sich der Antrophor zur Behandlung erkrankter Höhlen und Kanäle überhaupt, welche durch ihr nach der Peripherie hin offen stehendes Lumen zwar ein Eindringen in dieselben und somit eine Lokalbehandlung ihrer erkrankten Innenfläche erlauben, aber immerhin in Folge ihrer anatomischen Verhältnisse oder auch durch krankhafte Prozesse dieses Eindringen nur in unvollkommener Weise gestatten, so dass manchmal gerade die hauptsächlich in Angriff zu nehmende Stelle nicht zu erreichen ist.

Das Instrument hat also den Zweck als Arzneimittelträger zu dienen und ist es dem Arzte mittels desselben möglich, die meist in Lösung benutzten Medikamente in genauer Dosirung zu nachhaltiger Wirkung auch an solchen Stellen zur Anwendung zu bringen, wo deren Applikation bisher entweder unmöglich war (wie bei gekrümmten, vielleicht ausserdem noch mit Schleim oder Eiter verstopften Kanälen), oder doch nur eine momentane Wirkung erzielt werden konnte (wie dies bei Aetzungen, Injektionen und Ausspülungen der Fall ist).

Durch die Biegsamkeit der Spirale, welche sich in alle, selbst in gekrümmte oder auch verstopfte Kanäle einbringen lässt und sich den verschiedenen Formen der erkrankten Theile anpassen kann, ist der Antrophor im Stande, für eine Zeitdauer von 10–30 Minuten die Medikamente in engste, direkteste Berührung mit den erkrankten, durch andere Instrumente oft nicht erreichbaren Körpertheilen zu bringen.

Aus dieser Beschreibung ergiebt sich der Nutzen des Antrophor's bei Erkrankungen der Harnröhre, des Zervikalkanals, des Nasen-Rachenraumes, des Thränenkanals, bei Fistelgängen, bei Stich- und Schusswunden.

Der Antrophor besteht aus einer dicht gedrehten, verwickelten Metallspirale, in deren unteres Ende ein kurzer, mit halbkugelig abgeschlossenem Ende versehener Stift eingelöthet ist, während in ihrem

oberen Ende ein solcher zu einer Oese umgebogen befestigt, die Spirale selbst aber, weil innen ohne festen Halt, deshalb sehr leicht biegsam ist. In Folge dieser elastischen Biegsamkeit und leichten Aufnahmefähigkeit für medikamentöse Stoffe lässt sich das Instrument ohne jede Reizung der Wandungen in beliebig gestaltete Kanäle und Fistelgänge einführen, wo es durch Schmelzung und Verflüssigung der Masse die eingeführten Medikamente in Freiheit setzt, um sie in gelöster Form zu appliziren.

Das Instrument wird in der Weise hergestellt, dass die Drähte auf einen runden Stift aufgewickelt werden, wobei eine Drahtwindung dicht neben die nächste zu liegen kommt. Nach dem Entfernen des Stiftes aus seiner Umwickelung bleibt eine Röhre zurück in deren Ende Stöpsel eingelöthet werden, von welchen der eine eine Oese trägt.

Dies Alles bildet die elastische Grundlage für eine weiche Masse, welche aus Gelatine und Glyzerin durch Zusammenschmelzen hergestellt wird. Behufs Konservirung setzt man der Schmelze 2 Proz. Karbolsäure zu.

Das Medikament wird nun der Masse je nach Bedürfniss in verschiedenen Mengen einverleibt. Nachdem die Schmelze bis auf ca. 86° F. abgekühlt worden ist, taucht man die mit einer feinen Schellackschicht (zur Vermeidung von Oxydation) überzogenen elastischen Röhren darin ein, hebt sie dann senkrecht an den Oesen heraus und lässt sie abtropfen; dadurch bildet sich am unteren Ende eine knopfendenförmige Anschwellung.

Die fertigen Exemplare werden durch Talkpulver vor gegenseitigem Aneinanderkleben geschützt, vor dem Gebrauch aber durch Eintauchen in reines Wasser dieser Talküberzug abgespült, wobei die äussere Gelatinschicht schlüpfrig und dadurch um so geeigneter für Einführung des Instrumentes wird.

Der Erfinder betont, dass sein Instrument sich von allen ähnlichen dadurch unterscheide, dass hier zum ersten Male eine Metallspirale als Grundlage einer Arzneibougie angewendet werde, an welcher die ursprünglich feste, bei der Applikation schmelzende, in Wasser lösliche Masse adharirt, sowie auch dass auf diese Weise die chemische und mechanische Beschaffenheit des anzuwendenden Mittels genau kontrollirt und angepasst werden könne.

Ein südamerikanischer Sanitäts-Kongress.

Die Regierung von Peru hat Einladungen zur Betheiligung an einem Sanitäts-Kongress, der am 1. November in Lima eröffnet werden sollte, an alle zentral- und südamerikanischen Republiken ergehen lassen. Die unmittelbare Veranlassung zu diesem Schritt waren die neuesten Verheerungen der Cholera, die einigen jener Republiken während der letzten acht Monate Tausende von Menschen weggerafft hat, und die durch die Seuche verursachten Verkehrsstockungen an der Westküste, infolge deren die Lebensmittel in den Städten von Peru, Bolivia und Chili fabelhaft hoch im Preise stiegen, so dass die grösste Noth unter den Einwohnern hervorgerufen wurde.

Der Kongress wird sich in erster Linie mit den besten Mitteln der Bekämpfung der Cholera und dann mit der Hebung der Gesundheitszustände im Allgemeinen beschäftigen. Mehrere von den südamerikanischen Republiken haben in sanitärer Hinsicht in neuester Zeit sehr bemerkenswerthe Fortschritte gemacht und es ist ihnen thatsächlich ge-

lungen, durch strikte Sanitäts-Maassregeln die asiatische Seuche von sich fern zu halten. Besonders die regsamen Chilenen haben sich in der Bekämpfung der Cholera sehr praktisch gezeigt; weniger erfolgreich war man in der argentinischen Republik, wo u. A. die eingewanderte, nicht sehr intelligente Bevölkerung den Sanitäts-Maassnahmen viel Widerstand entgegensetzte.

Die Republiken an der Westküste haben triftigen Grund zu Beschwerden gegen die Sanitätsbehörden in Buenos Ayres gehabt, denn der Nachlässigkeit der letzteren ist es zuzuschreiben, dass die Cholera im letzten Winter sich zum ersten Mal durch die Pässe der Anden einen Weg bahnte und die pazifische Küste erreichte. Daher ist wohl von Seiten der an der Westküste gelegenen Republiken auf eine besonders rege Betheiligung an dem bevorstehenden Sanitäts-Kongress zu rechnen. Die Angelegenheit ist auch über die südamerikanischen Republiken hinaus von hoher Wichtigkeit.

Die asiatische Cholera hat seit ihrem ersten Auftreten gegen 40 Millionen Menschenleben dahingerafft und ihre Bekämpfung ist daher eine gemeinsame Aufgabe aller Völker der Welt. Ihren ursprünglichen Herd hat die Seuche freilich in Indien und dort sollte sie vor Allem und am energischsten durch die englischen Behörden bekämpft werden, um ihre Ausbreitung nach andern Ländern möglichst zu beschränken. Der in Lima tagende Sanitäts-Kongress wird nicht umhin können, England an diese Pflicht zu mahnen und sich mit demselben zur besseren Bekämpfung der Seuche in's Einvernehmen zu setzen.

Das Stenokarpin hat einen sehr kurzen Lebenslauf gehabt; es scheint, dass die ganze Geschichte auf eine Düpirung (um nicht ein stärkeres, aber vielleicht passenderes Wort zu gebrauchen) mehrerer Engros-Droguen-Häuser von Seiten der „Erfinder" abgesehen war. Ein Herr mit dem fremdländischen und aristokratischen Namen Goodman in Gemeinschaft mit einem Dr. Seward haben sich nämlich den — für sie selbst präsumptiv recht einträglichen — Spass erlaubt, eine Cocaïn (6 Proz.) und Atropin (½ Proz.) enthaltende Lösung als Lösung dieses neuen angeblichen Alkaloids auszugeben. Verschiedene Versuche von Aerzten bestätigten die anästhetische und mydriatische Wirkung des Mittels und nur durch die Analysen einiger Chemiker, welche die bekannten Alkaloide als wirksame Bestandtheile der Stenokarpinlösung nachwiesen, wurde den findigen Herren dieser Weg zur Anhäufung von Reichthümern versperrt. Nun wurden auch die Blätter der *Gleditschia triacanthos*, aus welchen das Alkaloid gewonnen worden sein sollte, von der Firma Parke, Davis & Co. auf *Fluid Extract* verarbeitet; doch zeigte sich derselbe ganz unwirksam und es stellte sich heraus, dass diese Blätter nur eine geringe Menge eines amorphen Alkaloids enthalten, welche gar keine therapeutischen Wirkungen zeigte.

Das Stenokarpin gehört also, wie das verflossene Hopeïn demselben Kapitel in der Geschichte des *Humbugs* an.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse.

Ein Monats-Blatt
gewidmet den
Interessen der Deutsch-Amerikanischen Aerzte.
Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Redaktion und Administration:
No. 23 Vandewater St., New York.

Preis: - - - - - - $2.50 per annum, bei Vorausbezahlung.

The "New Yorker Medizinische Presse" is the ONLY Medical Journal in America printed in the German language. It commends itself as an advertising medium. Rates will be sent on application.
Address all communications and payments to the

CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.,
17—27 Vandewater St., New York.

☞ **Please take notice that Dr. EMIL STOESSEL has severed his connection with the business management of our journal.**

Zur gefl. Beachtung.

Mit Schluss dieses (des 3.) Bandes der "Presse" wird eine Erweiterung des Blattes eintreten. Das Format wird vergrössert und der Inhalt ein vielseitigerer werden. Wir können es uns nicht versagen, dies unseren Freunden schon jetzt mitzutheilen. Indem wir ihnen für die uns bisher gewährte Unterstützung danken und sie bitten, uns ihre freundliche Gesinnung auch in der Zukunft zu bewahren, zeichnen wir Hochachtungsvoll

Die Herausgeber.

† Bernhard von Langenbeck. †

Die Trauerkunde von dem Hinscheiden des allgeehrten Altmeisters der deutschen Chirurgie, hat auch hier, jenseits des Ozeans, wie wohl in allen zivilisirten Ländern, die tiefste Theilnahme erregt. Denn ein Langenbeck gehört nicht einer Nation allein an, und wenn auch die Chirurgen Deutschlands sich mit Stolz um ihn als ihren Führer und Leiter schaarten: seine Kunst, sein unsterbliches Wirken in seinem Fach ist Gemeingut der gesammten Welt geworden, und es ist undenkbar, dass es eine Nation giebt, in deren Chirurgie nicht auch Langenbeck beeinflussend und anregend gewirkt hätte.

Ueber ein so reiches wissenschaftliches Leben erschöpfend zu schreiben, liegt ausserhalb des Rahmens unserer Zeitschrift. Die Hauptleistungen L.'s einem Kreise medizinischer Leser in kurzen Zügen darlegen zu wollen, ist wohl ein überflüssiges Beginnen — sind dieselben doch fast schon jedem Laien bekannt, wie auch ein Abriss seines Lebens und wie auch die Angabe seiner hauptsächlichsten Werke bei dem Bekanntwerden seines Todes wohl in allen Tagesschriften erschienen sind.

So mag es genügen, hier kurz darauf hinzuweisen, dass es seinem Genius vorbehalten blieb, hauptsächlich die Technik der Gelenks-Resektionen zu vervollkommnen, und diese zum Allgemeingut der Chirurgie zu machen, so dass man ihn wohl als Begründer der konservativen Chirurgie bezeichnen kann. In vier Kriegen — 1848, 1864, 1866, 1870—71 — hatte er Gelegenheit, seine segensreiche Thätigkeit in ausgedehntestem Maassstabe auszuüben, und seinen und seiner Schüler — und welcher Chirurg heutzutage wäre nicht Langenbeck's Schüler, auch wenn ihm nicht das Glück geblüht, die Klinik des Meisters selbst besuchen zu können — Händen danken gewiss noch Tausende den Gebrauch von Gliedmaassen, die sonst unrettbar verloren gewesen wären. Nächst den Gelenks-Resektionen bereicherte L. zumal das Gebiet der plastischen, insbesondere der osteoplastischen Operationen, deren heutige Vervollkommnung zum grossen Theil ihm zu danken ist. Ueberhaupt giebt es wohl keinen Zweig der operativen Chirurgie, zu dessen Entwickelung und Verbesserung er nicht in reichem Maasse beigetragen.

Ist die heutige, die moderne Chirurgie im Grossen und Ganzen mit Riesenschritten vorangeschritten, und hat operative Gebiete, die den Chirurgen früherer Zeiten ein *Noli me tangere* waren, erschlossen und fast zum alltäglichen Material der Chirurgen gemacht, so ist noch zu bemerken, dass Langenbeck in seinen Lehr- und frühesten Wirkungsjahren noch einer früheren Periode angehörte: dass er den Fortschritt der Chirurgie sowohl durch Erfindung des Chloroforms, wie auch in den letzten Lustren seiner Thätigkeit durch Einführung der aseptischen Wundbehandlung mit erlebte und förderte, und gebührt ihm auch ein reichgemessener Antheil an der Einführung dieser segensreichen modernen Behandlungsweise. Dass Langenbeck somit in seinem ganzen Schaffen die Grundsätze der konservativen Chirurgie — und mit glücklichstem Erfolge! — zur Geltung brachte, ist nach diesen kurzen Andeutungen wohl nicht mehr nöthig zu erwähnen.

Um über L. als Lehrer, als Begründer einer Schule zu reden, genügt wohl der Hinweis, dass es wenig Lehrstühle der Chirurgie in Deutschland gab und giebt, die nicht von einem Schüler L.'s oder einem Schüler seiner Schüler eingenommen wurden, und würden bei Aufzählung derselben wohl Wenige der glänzenden Namen der deutschen Chirurgie der letzten Jahrzehnte fehlen.

Und nun sei noch zweier Schöpfungen L.'s gedacht, die von tiefgehendstem und dauerndem Einfluss auf das chirurgische Wirken und Schaffen, wie auch auf das Zusammenhalten und persönlichen wissenschaftlichen Verkehr der deutschen Chirurgen sind und die allein schon genügt hätten, dem todten Meister einen dauernden Ehrenplatz in der Geschichte der Chirurgie zu sichern: Das *Archiv für klinische Chirurgie* und *Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.* Das erste, allgemein wohl „Langenbeck's Archiv" genannt, hat unter seiner Lei-

tung den ersten Platz unter so manchen anderen vortrefflichen Zeitschriften ähnlicher Richtung behauptet, und was die *Gesellschaft für Chirurgie* zur Hebung und Förderung unserer Wissenschaft leistet, zeigen die jährlichen Sitzungsberichte derselben. Die Verdienste L.'s wurden von der Gesellschaft ehrend dadurch anerkannt, dass er immer und immer wieder zum Präsidenten erwählt wurde, bis körperliche Leiden es ihm unmöglich machten und dann wurde er zum lebenslänglichen Ehrenpräsidenten ernannt, wohl die höchste Auszeichnung, die eine so hochstehende Gesellschaft überhaupt vergeben kann.

Wenn wir in Vorstehendem versucht haben, in Kurzem anzudeuten, was L. der Wissenschaft war, sei es uns vergönnt, auch über seinen menschlichen Eigenschaften einige Worte zuzufügen, denn nicht minder gross und edel war er als solcher. Wenn es dem Schreiber dieser Zeilen auch nicht vergönnt war, aus persönlicher Erfahrung zu sprechen, so ist das Urtheil Aller, die mit ihm in nähere Berührung kamen, so übereinstimmend, dass Eines Meinung hören, die Ansicht Aller kennen heisst.

L. war Aristokrat in des Wortes edelster Bedeutung, dem alles Mindere, alles Kleinliche so absolut fremd war, dass selbst Neid und Verleumdung sich nicht an ihn wagten. Unbestritten nahm er den Platz als „neidlos anerkanntes Haupt der deutschen Chirurgen" ein, wie ihn Richter, König und von Volkmann in ihrem Nachruf im *Centralblatt für Chirurgie* nennen. Sein mitfühlendes, warmes Herz ist seinen Patienten wie allen, mit denen er in näherem Verkehr stand, nicht minder in dankbarer Erinnerung, wie seine heilbringende Meisterhand. Seinen Schülern war er nicht nur der unermüdlich fleissige und pflichtgetreue Lehrer — der nur im äussersten Nothfall seine Stunden ausfallen liess — und der nie die Geduld verlierend in seiner klaren, lichtvollen Weise auch schwerer Begreifenden die Erkenntniss beibrachte; wo er konnte erwies er sich auch als Freund und suchte ihnen helfend und fördernd zur Seite zu stehen. An äusseren Ehren hat es L. nicht gefehlt. Zahlreiche wissenschaftliche Gesellschaften wählten ihn zum Ehrenmitglied, die höchsten Orden — deutsche und ausländische — schmückten seine Brust, und bei seinem Zurücktritt in's Privatleben wurde ihm die seltene Auszeichnung der Ernennung zum Geheimrath mit dem Titel „Excellenz" zu Theil; geadelt wurde er schon nach Beendigung des dänisch-deutschen Krieges 1864.

Zum Schluss dieser wenigen Zeilen, die ein Zeichen dankbarer Verehrung dem dahingeschiedenen Meister auch von Seiten dieser Zeitschrift sein sollen, einige kurze biographische Notizen.

Bernhard Langenbeck wurde geboren am 2. November 1817 in Norneburg (Bremen), studirte Medizin und speziell Chirurgie unter seinem Onkel K. J. R. Langenbeck in Göttingen, wo er in 1835 promovirte. Nach einer längeren Studienreise durch Frankreich und England habilitirte er sich in Göttingen als Privatdozent, und wurde bald zum *Pro-*

fessor extraordinarius ernannt. 1842 wurde er als *Ordinarius* nach Kiel und 1848 nach Berlin berufen, wo er bis zum Jahre 1882 ununterbrochen thätig war. 1850 gründete er das *Archiv für klinische Chirurgie* und 1872 *Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.* Seit seinem Zurücktritt in das Privatleben hielt er sich in Wiesbaden auf, leider nicht in ungetrübtem Wohlsein : musste er sich doch noch der Operation des grauen Staares durch Pagenstecher unterziehen, die allerdings gut gelang, und ihm das Augenlicht wieder gab. Der Chirurgie bewahrte er sein Interesse bis in die letzte Zeit seines Lebens.

Am 29. September d. J. zollte Langenbeck der Sterblichkeit seinen Tribut — die dankbare Nachwelt wird ihm den Tribut der Unsterblichkeit zollen. G. D.

Anhydro-Ortho-Sulfamin-Benzoësäure.

Der den in der Ueberschrift gegebenen chemischen Namen führende Körper ist das von Dr. Konstantin Fahlberg (damals in Baltimore lebend) entdeckte Saccharin. Dasselbe ist, wie so manche der wichtigsten und interessantesten Stoffe dem Steinkohlentheer entstammend, die süsseste aller bis jetzt bekannten Substanzen und zugleich ein vorzügliches Antiseptikum, was ja übrigens auch von seinem altbekannten Geschmacks-Verwandten, dem Zucker behauptet wird.

Das Saccharin soll ca. 250mal süsser sein, als Rohrzucker, da 2—3 Theile desselben in 1000 Theilen Stärke-Syrup (Glukose) gelöst, einen Syrup geben, der dem feinsten Raffinade-Zucker-Syrup an Süsse nicht nachsteht. Seine Anwendung in den verschiedensten Fabrikationszweigen dürfte desshalb eine ausgedehnte werden und der neue Süssstoff eine ernste Gefahr für die Zucker-Industrie — speziell die bereits so gedrückte Rübenzuckerfabrikation Deutschlands werden — d. h. wenn das Saccharin Alles das hält, was man von ihm verspricht. Uns interessirt jedoch die medizinische Verwendung desselben hauptsächlich und in der That ist es für den Arzt eine grosse Erleichterung, seinen an Diabetes, an Fettsucht etc. leidenden Patienten die Versüssung der Speisen und Getränke nicht mehr verbieten zu müssen. Wir finden in den deutschen medizinischen Journalen schon „ Leichtlösliche Saccharinpräparate für Diabetiker, garantirt frei von Zucker und Kohlenhydraten " angezeigt, darunter Saccharintabletten in Gläsern @ 100 Stück, eine Tablette ausreichend für eine Tasse Thee, Kaffee, etc., ferner Saccharinkomposition in Gläsern, der Inhalt entsprechend dem Süsswerth von 5 Kilo Zucker. Das Saccharin ist darin mit einem indifferenten Stoffe versetzt, weil es sonst faktisch „ schauderhaft süss " ist. Ueberhaupt hat der neue Süssstoff die Eigenschaft, vielleicht in Folge seines aromatischen, an Benzoë erinnernden Geruchs, bei längerem Gebrauche manchen Personen widerlich zu werden. Wenigstens behaupteten das zwei Patienten (ein Diabetiker und eine

fettsüchtige Dame) und weigerten sich, das Präparat weiter zu gebrauchen, trotzdem sie es auf Anrathen in geringeren, nahezu minimalen Quantitäten versuchten. In zwei anderen Fällen ist dies jedoch nicht eingetreten.

Die antiseptische Wirkung des Saccharins wurde zuerst von Salkowski (*Virchow's Archiv*, Bd. CV., p. 51) entdeckt; neuerdings hat R. von Limbeck, der Assistent a. d. med. Klinik von Prof. Pribram in Prag bei seinen Untersuchungen über die Biologie des *Micrococcus ureae* (*Prag. Med. Wochenshr.*, Nos. 24, 25 und 26; 1887) gefunden, dass das Saccharin nur den Lösungen einiger Quecksilbersalze und verdünnten Mineralsäuren an pilztödtender Wirkung nachsteht. Eine einhalbprozentige Lösung dieses Körpers genügte, während das Resorzin, dieses bisher als Spezifikum gegen Alkaleszenz des Harnes angesehene Mittel dieselbe Wirkung erst in einer ca. anderthalbprozentigen (1,66) Lösung ausübte.*)

Salkowski hält dafür, dass dies als Säurewirkung der Anhydro-Ortho-Sulfamin-Benzoësäure anzusehen sei. Trotzdem ist der Genuss des Saccharins nicht im geringsten Grade gefahrbringend, wie von verschiedenen Autoritäten festgestellt worden ist.

Fahlberg hat nun zwar seine Erfindung in allen Ländern patentirt (er fabrizirt dasselbe in seiner bei Magdeburg errichteten Fabrik im grössten Massstabe) und es dürften desshalb vielleicht mancher orthodoxe *Old-Coder* sich weigern, es zu verschreiben — wie dies ja mit dem (ebenfalls patentirten) Antipyrin der Fall sein soll — wenn es sich aber um das Wohlbefinden, resp. einen unschuldigen Genuss unserer Kranken handelt, dann sollten wir wohl nicht zu strenggläubig verfahren.

Um den Verkauf des Morphiums in den Apotheken zu reguliren, wurde von der Legislatur des Staates New York am 21. Juni ein Gesetz angenommen, welches die Reïteratur eines jeden ärztlichen Rezeptes, welches mehr als einen Viertel Gran (0,015 g.) Opium resp. mehr als ein Zwanzigstel Gran (0,003 g.) Morphium *pro dosi* enthält, zu einem *Misdemeanor* macht, wenn der Arzt nicht ausdrücklich seine Einwilligung dazu kund giebt. Kontravenienten sollen mit einer Geldstrafe von zehn bis fünfzehn Dollars für jeden einzelnen Fall belegt werden.

Wenn aber die Apotheker das Morphium (resp. Opium) ohne Rezept verkaufen? Da heisst es eben, wo kein Ankläger ist, da ist kein Richter. Es giebt in New York in jeder Apotheke regelmässige Kunden für Präparate dieses „holden Giftes" und wenn dieselben kommen, so erhalten sie, je nachdem, zweimal täglich 10 ein-halb-gränige Morphium-Pillen,

*) Nach Fahlberg's eigenen Untersuchungen jedoch stehen Thymol und Salizyl höher als Saccharin in der antiseptischen Reihe; v. L. hatte dieselben bei seinen Experimenten nicht benutzt.

oder jede Woche einige Pint Opium-Tinktur, ein Dutzend Flaschen McMunn's Elixir etc., ohne dass irgend ein Wort darüber verloren wird. Vorstehende Angaben sind eigener Beobachtung entnommen und sind nur krasse Beispiele dessen, was in jeder Apotheke tagtäglich geschieht und zwar sind die meisten derartigen Kunden weiblichen Geschlechts und häufig sehr fromm und der Temperenz, d. h. in Bezug auf alkoholische Genussmittel ergeben.

Wird das Gesetz viel helfen?

Die Rechtfertigung der deutschen Mediziner, welche den Fall des deutschen Kronprinzen von Anfang an als einen sehr schweren betrachteten und demgemäss radikal verfahren wollten, ist nicht ausgeblieben. Virchow's Gutachten bezog sich nur auf die von ihm untersuchten Stücke der Geschwulst, welche ihm von Mackenzie direkt zugeschickt wurden. Dass aber eine gutartige Geschwulst bei einem Patienten zwischen 50 und 60 — namentlich nach wiederholten operativen Eingriffen in das sukkulente Gewebe des Larynx — schliesslich bösartig wird, ist ja eine alte Erfahrung.

Jetzt wird es Dr. Mackenzie erst einsehen, wie unklug es war, nicht auf der Hinzuziehung der besten Spezialärzte Deutschlands zu bestehen und die Verantwortlichkeit durch wiederholte und eingehende Konsultationen mit Jenen zu theilen, während sie ihn jetzt allein trifft. Es mag ja in jenen Kreisen *Usus* sein, jeden konsultirenden Arzt einzeln um seine Meinung zu fragen; viel würdiger und dem Ansehen des ärztlichen Standes förderlicher wäre es aber, die Konsultationen ohne Anwesenheit von Laien vorzunehmen und den Letzteren nur das Gesammtresultat, gewissermassen ein Kollektiv-Urtheil vorzulegen.

So sieht es sich wenigstens von hier aus an und die öffentlichen Ausfälle einzelner Mediziner gegen den englischen Kollegen sind auch gerade nicht erbaulich und mit der Würde unseres Standes vereinbar.

In Europa werden jährlich 25 Mill. Francs, in Algier allein 8 Mill. für Chinin verausgabt.

Die Anhänger Pasteur's basiren ihre Lobsprüche der Wuthimpfmethode hauptsächlich darauf, dass in seinem Institute bis jetzt 3339 Individuen — fast alle erfolgreich — behandelt wurden. Kurios ist nur, dass bis vor Kurzem in der ganzen Welt, so lange von Hundswuth die Rede ist, nicht so viel sog. Wuthfälle bekannt wurden, als der Mann in nicht ganz zwei Jahren in sein Haus hat laufen sehen! Und doch giebt's ausser ihm noch genug Leute, die — daran glauben!

So z. B. Horsley, dessen Arbeit über Myxœdem Virchow kürzlich so lobend erwähnte; derselbe hat experimentelle Arbeiten im *British Medical Journal* veröffentlicht, welche die Arbeiten Pasteur's bestätigen sollen.

Sehr bezeichnend ist, dass die östreichische Regierung dem Wiener Pasteur-Institut die Unterstützung aus der Staatskasse entzogen hat. Grund: Dasselbe hat nicht geleistet, was man sich davon versprach.

REFERATE.

Chirurgie.

Prof. E. Rose. — Ueber Operation des Mastdarmbruchs. — *D. Zeitschrift f. Chir.*; XXV, No. 6.

Gegen dies „einer thätigen Hausfrau das Leben verbittern könnende" Leiden empfiehlt R. die Entfernung der ganzen hinteren Hälfte der Scheide bis zur Gebärmutter hinauf und Vernähung in sagittaler Richtung; der Sicherheit halber fügt er noch eine ausgedehnte Episiorrhaphie hinzu, die dauernd den Vorhof bis zur Harnröhrenmündung schliesst und auch die vordere Fläche der grossen Schamlippen vereinigt; die resultirende Scheidenstriktur weitet sich später von selbst aus. Es folgt der Bericht einer interessanten Operation, bei der R. einen Tumor fand, den er erst für ein Scheiden-Myom hielt, der sich aber als ein doppelter Uterus herausstellte.

C. Rockwitz. — Die Gastroenterostomie an der Strassburger chirurgischen Klinik. — *Ibidem.*

Verf. spricht der Operation ihre volle Berechtigung zu, sowohl als Radikal-Operation bei einfacher hochgradiger Pylorus-Striktur, wie auch als Palliativ-Operation bei Pylorus-Krebs. Da die Hauptbeschwerden der Patienten nicht direkt durch den Tumor, sondern indirekt durch Störung der Nahrungszirkulation hervorgerufen werden, hebt sich das Allgemeinbefinden, und lässt R. auch die Wahrscheinlichkeit zu, dass durch Ausspaltung des erkrankten Theiles das Wachsthum der Neubildung verlangsamt werden kann. Die Operation selber hält er an der Hand von 8 Fällen, die von Luecke operirt wurden, und von denen keiner im Anschluss an die Operation starb, für verhältnissmässig ungefährlich und auch technisch nicht für schwierig. Ueber die Einzelheiten des Operations-Verfahrens, auf das Verf. grosses Gewicht legt, da er ihm hauptsächlich die günstigen Erfolge Luecke's, im Gegensatz zu anderen Operateuren, zuschreibt, sowie die ziemlich ausführlichen Krankengeschichten, siehe das Original.

H. G. Klotz.—On the Advantage of a Compound salicylated Plaster in Dermatological and Surgical practice. — *N. Y. Med. Journal*, Sept., 1887.

Nach mehrjähriger Erfahrung mit Pick's Salicyl-Seifen-Pflaster im Dispensary und in der Privat-Praxis empfiehlt Klotz, besonders bei Ekzemen und ihren Folgezuständen, folgende Formel, die ihm nach vielem Experimentiren mit dem Apotheker des hiesigen *Deutschen Dispensary* in Anwendungs- und Wirkungsweise das beste Resultat gab, und auch des billigen Preises halber besonders in der Armen und Wohlthätigkeits-Praxis Verwendung verdient:

℞ *Empl. Diachyl. spl.*
Empl. Saponat ..... aa *pt.* 40
Petrolati ..... *pt.* 15
Acid. salicyl ..... *pt.* 5

A. Grover. — Prostatomy. — *Canada Med. and Surg. Journal*, July, 1887.

G. empfiehlt bei *Prostatitis senilis* Inzision der Harnröhre der Prostata so nahe wie möglich und von der Wunde aus Eingehen mit dem Steinmesser auf der Steinsonde und Inzision in die Prostata, Einführen einer Röhre in die Blase, am besten einer doppelten, inneren und äusseren, die erstere von weichem Gummi, um geringere Reizung hervorzurufen. Die Röhre wir vom Patienten 1—3 Monate lang getragen und Patient mit Harnrezipienten versehen. Verf. hat sehr guten und auch dauernden Erfolg gesehen, da der obstruirende Theil der Prostata durch Narbenbildung schrumpft.

John F. Morse. — Cure of abdominal Aneurism by Loreta's Method. — *Pacific Med. and Surg. Journ. and West. Lancet*, Feb., 1886.

Traumatisches Aneurysma durch Schlag mit einem Kohlenkorb gegen den Unterleib am 4. März 1886. Zuerst Besserung auf Jodkali-Behandlung und Bettruhe (sieben Wochen), so dass Patient wieder als Stauer hart arbeitet. Nach drei Monaten Wiederaufnahme in's *Deutsche Hospital*. Am 17. November 1886 Loreta's Operation. Patient wird am 7. Januar 1887 entlassen. Tumor auf die Hälfte verkleinert, Pulsation geringer, kein Geräusch, zwischen beiden Femoralpulsen kaum merkenswerther Unterschied.

A. C. Bernays. — A new Operative Procedure intended to Supplant Herniotomy. — *St. Louis Med. and Surg. Journal*, May, 1887.

In einer vorläufigen Mittheilung empfiehlt B. an Stelle der Herniotomie eine einfache Tenotomie (s. v. v.!) des *Ligamentum Poupartii*, von der er in zwei Fällen glänzenden Erfolg gesehen hat, und meint, dass diese einfache und ungefährliche kleine Operation in den meisten — nicht allen — Fällen von Einklemmung genügen wird, da durch den Schnitt der ganze Schenkelmond, der äussere und innere Ring umspannt wird und so die Einklemmung behoben wird. Findet man bei Einklemmung das *Lig. Poup.* schon schlaff, so ist das Verfahren natürlich nutzlos und Herniotomie auszuführen. B. verweist auf eine demnächst zu erscheinende ausführlichere Arbeit über diesen Gegenstand.

C. Ancon. — Ist der Tetanus eine Infektions-Krankheit? — *Münch. Med. Wochenschr.;* No. 25, 1887.

Verf. behandelte eine Fingerverletzung bei einem kräftigen 29jährigen Manne (am 23. August entstanden); am 27. Entfernung der Nähte, beginnender Trismus am 28. Abends. Unter Steigerung des Trismus und hinzutretendem Tetanus binnen 25 Stunden *Exitus lethalis* (am 29. Aug., 9 Uhr Abends).

Am 30. August um 6 Uhr Morgens löste er eine angewachsene Placenta; Wochenbett normal. Wöchnerin war schon ausser Bett gewesen als sich am 7. September Halsbeschwerden einstellten. A. wurde am 9. September deswegen gerufen, und fand schon ausgesprochenen Trismus und Tetanus, denen Patientin am 11. September erlag. A. wirft nun die Frage auf, mit Bezug auf die Arbeiten von Rosenbach, Nicolaier und Brieger, ob hier nicht doch ein Fall von Infektion vorliegt, wobei er selber als Infektionsträger gedient hätte, da trotz sorgfältiger Desinfektion der Hände und Arme die Keime sich doch im Bart,

und Kleidern u. dergl. festgesetzt haben und bei den heftigen Bewegungen bei der Placentarlösung mit seinen Händen oder den wunden Uterusflächen in Berührung gekommen sein könnten. Auf der andern Seite hebt Verf. noch hervor, dass er sowohl selbst kleine Verletzungen an den Fingern hatte, wie auch mehrfache offene Wunden bei anderen verband etc., während er den Tetanus und Trismus des betreffenden Arbeiters behandelte. G. D.

Prof. Helferich. — Zur Technik der Unterschenkel-Amputation. — *Münch. Med. Wochenschr.;* No. 36, 1887.

H. empfiehlt die Bildung eines inneren Lappens, der ja bei der Lagerung des Patienten eigentlich zu einem vorderen Lappen wird, also alle die Vorzüge derselben theilt, ausserdem wird hierbei der Druck der scharfen Tibiakante auf den Lappen vermieden, da bei dieser Schnittführung immer Weichtheile überschüssig vorhanden sind. H. verwendet den einen Lappen schon seit sieben Jahren mit gutem Erfolg. Erwähnt ist diese Operationsmethode schon in den Operationslehren von Löbker (Wien 1885) und von Rocker (München 1887).

Laryngologie und Rhinologie.

Karl Roser. — Ein feststellbarer Kehlkopfspiegel. — *Centralblatt für Chirurgie,* 16. Juli 1887.

Der sehr sinnreiche Apparat besteht aus zwei Theilen, dem eigentlichen Spiegel und dem Spiegelträger. Der letztere ist eine $1\frac{1}{2}$ cm. breite, an beiden Enden mit Pelotten gefütterte Uhrfeder, deren einer Theil an die Stirne, der andere an das Hinterhaupt zu liegen kömmt. Am vorderen Theil wird der unter einem Winkel von 120° auf einem hakenförmig gekrümmten, aus Draht gefertigten Stiel aufsitzende Spiegel angeschraubt. Die Einführung ist leicht, geschieht bei weit geöffnetem Mund, und geringe leicht auszuführende Bewegungen der Feder ermöglichen die verschiedenen wünschenswerthen Einstellungen des Spiegels.

Hauptvortheile der Vorrichtung sind: Feste Stellung des Spiegels, daher Vermeidung der Reflexbewegungen, Würgen etc., Ermöglichung der ruhigeren, längeren Inspektion, freier Gebrauch beider Hände.

P. K. Pel. — Ein Fall von Hemiatrophie der Zunge mit linksseitiger Gaumenlähmung, Atrophie des linken M. sternocleidomastoideus und M. trapezius und linksseitiger Rekurrenslähmung. — *Berliner klin. Wochenschrift;* 18. Juli 1887.

Ein weiterer Fall dieser seltenen Erscheinung. Patient hatte drei Jahre vorher Gonorrhöe, bekam zuletzt Schlingbeschwerden und heftige Nacken- und Hinterkopfschmerzen. Bei herausgestreckter Zunge neigt sich das ganze Organ mit der Spitze nach links (Wirkung des intakten rechten *M. genioglossus*), zurückgezogen zeigt sich die Spitze nach rechts (Kontraktion der intakten longitudinalen Muskelfasern der rechten Seite), und ist die linke Hälfte kaum halb so dick wie die rechte. Die andern Erscheinungen sind im Titel angegeben. Die nach Jodkali eintretende Besserung besonders der Nackenschmerzen lässt P. eine syphilitische Gefässdegeneration der *Arteria spinalis anterior* annehmen, da diese hauptsächlich die affizirten Hypoglossus- und Accessorius-Kerne versieht.

R. Virchow. — Ueber Pachydermia laryngis. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 8. August 1887.

Der in der *Berliner Medizinischen Gesellschaft* gehaltene Vortrag beschäftigt sich zunächst mit der Vertheilung des Plattenepithels im Larynx, welches in Folge chronischer entzündlicher Vorgänge an diesen Stellen sich in grösseren Quantitäten bilden kann und dann Veranlassung zu diffusen sowohl, als auch auf kleine Stellen beschränkten Wucherungen Veranlassung giebt. Letztere nennt Virchow die warzige Form, und wendet sich dann gegen die für solche Geschwülste fälschlich gebrauchte Benennung : *Papilloma* — da bei diesem die Papille erst allmählig in das gewucherte Epithel hineinwächst, während das Wesentliche bei dem besprochenen Prozesse immer die Wucherung und Verhärtung des Epithels ist. So lange der Boden der Geschwulst normal ist, kein epitheliales Gebilde im Untergewebe zeigt, hält er sie für gutartig.

M. A. Fritsche. — Zur Therapie der akuten Coryza. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 4. July 1887.

F. hat in nahezu 200 Fällen folgende Behandlungsmethode mit Erfolg angewandt. Er giebt zwei- oder dreistündlich 0,2—0,3g *Acidum salicylicum* und verordnet folgendes Riechmittel :

Acid. acet. glac.	
Acid. carbol.....	aa 2,0
Mixt. ol. balsam.....	8,0
Tinct. Moschi.....	1,0

Hievon werden 50 Tropfen auf Watte gegossen und 10 Minuten lang, Anfangs jede halbe Stunde, später in grösseren Intervallen eingeathmet. Besserung tritt meist schon nach 12 Stunden ein, doch muss es noch einige Male 3 bis 4 Tage lang gebraucht werden, um ein Rezidiv zu verhüten.

Andrew Clark. — On a Speedy and Sometimes Successful Method of Treating Hay-fever. — *British Medical Journal*, June 11, 1887.

Nach C. sind drei Kausalmomente nöthig, um einen Anfall von Heufieber auszulösen :

Ein nervöses Temperament, ein Irritationszustand der Nasenhöhle oder benachbarter Theile und eine direkt exzitirende Ursache, welche letztere meist, aber nicht in allen Fällen in dem Pollen blühender Gräser zu suchen ist. Die Behandlung muss zunächst den Allgemeinzustand durch geeignete Diät, Bewegung und Tonika zu bessern suchen, dann soll die lokale Irritabilität der Nase durch Cocaïn gehoben und schliesslich letztere mit einer Karbolmixtur (eine Unze Karbolglyzerin, eine Drachme salzsaures Chinin und ein zweitausendster Theil von Sublimat) gepinselt werden. Gewöhnlich hat Clark mit zwei oder drei Applikationen den Anfall coupirt.

B. Frænkel. — Ueber die Beschäftigungsschwäche der Stimme, Mogiphonie. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, No. 7, 1887.

F. beschreibt eine neue Erkrankung des Stimmorgans, welche er treffend mit dem Schreibekrampf vergleicht, von welchem bekanntlich eine spastische, tremorartige und paralytische Form existirt. Die Mogi-

phonie — nach Analogie der Mogigraphie so benannt — besteht in einem schmerzhaften Gefühl der Ermüduug und dem Versagen der Stimme ohne nachweisbare, besonders ohne paralytische Erscheinungen der Stimmbänder; nur scheinen ihm dieselben weniger gespannt zu sein. Dabei sprechen die Patienten mit klarer Stimme, und dieselbe versagte nur, wenn z. B. eine Sängerin singen, ein Prediger predigen wollte. Er hält diese Form der Beschäftigungsschwäche der Stimme für analog mit der dritten, der paralytischen Form des Schreibekrampfes, hat 6 Fälle davon gesehen und in einem durch persistente Larynxmassage Heilung erzielt.

A. W. MacCoy. — The Galvanocautery in the Treatment of Papilloma of the Larynx. — *Medical News*, January 1st, 1887.

Erfolgreiche Operation eines zwischen den Stimmbändern am vorderen Winkel sesshaften Papillomes mittelst der Fleming'schen Batterie und eines vom Verf. angegebenen leichten Handgriffes. Die spitze Elektrode wurde in mehreren Sitzungen in den Tumor unter Weissglühhitze eingesenkt, doch blieb wegen gleichzeitiger linksseitiger Lähmung geringe Heiserkeit zurück.

R. W. Seiss. — Thymol in the Treatment of Atrophic Nasal Catarrh. — *Medical News*, April 2d, 1887.

Verf. gebraucht seit längerer Zeit vier verschiedene Lösungen von Thymol in der Stärke von einem halben bis zehn Gran auf eine Unze (0,03—0,6 g.) Die zwei schwächeren benützt er zum Spray, die stärkeren werden mittelst Wattenträger aufgetragen, und hat ihm diese Behandlung bessere Resultate ergeben als die bis jetzt gewöhnlich angewandten Mittel.

M. Bresgen. — Ein Fall von Spasmus Glottidis, bedingt durch Aortenaneurysma. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, No. 8, 1887.

Die Spiegeluntersuchung während eines Anfalles, der wie alle anderen nur bei stärkeren Bewegungen auftrat, ergab Stellung der beiden Stimmbänder in der Mittellinie, so dass nur ein feiner Spalt übrig blieb, neben geringer Beweglichkeit derselben. Sobald der Kranke ruhte, war die Athmung ganz frei. Der Kranke starb an Hämorrhagie, und die Sektion ergab Durchbruch eines kleinapfel grossen Aortenaneurysma in die Luftröhre. J. W. G.

Dr. Fred. M. Dearborne, Ver. St. Marine, schreibt über Papoid Folgendes:

„ Als ich im Januar d. J. in Florida stationirt war, liess ich zwei chronische Dyspeptiker gegen heftige Gastralgie dreigränige Dosen von Papoid nehmen. Obgleich gewöhnliches Pepsin gar keinen Einfluss hatte, so verspürten die Patienten sofortige und dauernde Erleichterung.

Therapeutische Notizen.

Die Anwendung des Glyzerins

in der Form von Einspritzungen in das Rektum empfiehlt Dr. Anacker (*Château-Salins*) behufs Stuhlentleerung. Derselbe untersuchte nämlich eine von einem holländischen Arzte (!) erfundene und unter dem geheimnissvollen Namen „Purgativ" verkaufte Flüssigkeit, welche sofortige Stuhlentleerung verursachen soll. A. überzeugte sich davon, dass wirklich nach Einspritzung von 1½—2 g. „schmerzlos glatt und ausgiebig" Stuhlentleerung eintrat und da er entdeckte, dass der Hauptbestandtheil des Geheimmittels Glyzerin ist, so wandte er an Stelle des noch eine geringe Menge anderer Bestandtheile enthaltenden „Purgativ" reines Glyzerin an und die Wirkung war ebenso rasch, energisch und gründlich. Es verblelbt nach dem Stuhlgang noch ein geringfügiger Reiz des Anus; bisweilen stellt sich noch ein viertelstündiges Klopfen im unteren Theile des Rektum ein.

Ob die Wirkung des Glyzerins, wie A. vermuthet, auf seiner wasseranziehenden Eigenschaft beruht, ist fraglich; jedenfalls werden auch reflektorische Wirkungen mit im Spiele sein.

Dass die Verwendung des Glyzerins zu Minimalklystieren eine sehr werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes ist, wird man Anacker ohne Weiteres zugeben; dass aber mit dem Bekanntwerden dieser einfachen Prozedur wirklick die zahllosen Geheimmittel, Pillen- und Theekompositionen zum Purgiren rasch verdrängt werden sollten, wie A. meint, dürfte den meisten Kollegen als eine eiwas zu sanguinische Ansicht erscheinen. (Nach *Münch. Med. Wochenschr.*, No. 40, 1887.)

Ein Prophylaticum gegen Diphtherie.

fand Dr. O. Johannsen, Spitalsarzt in Libau, in allabendlichen Reinigungen der Nasen- und Mundhöhle mit hellrother Lösung von *Kali hypermanganicum*. Dieselbe Empfehlung hat Dr. Raudnitz, der Redakteur der *Prager Med. W.* auf der Berliner Naturforscherversammlung 1886 ausgesprochen. Er sagte dort (*Verhandl. der 4. Verf. d. Ges. f. Kinderh.* S. 6): „Gewisse Erfahrungen haben mich zu der Vermuthung gelangen lassen, dass man durch systematische Reinigung der Haut und der Schleimhäute eine Ansteckung verhüten könne. Ich möchte deshalb darauf dringen, dass die Aerzte namentlich unter den ärmeren Volksschichten dahin wirken, dass die Kinder Morgens und Abends gebadet werden und Nase wie Rachen mehrmals des Tages ausspülen." Die Erfahrungen, die er dort anzog, betrafen Scharlach; das Ausspülen der Nase soll nicht durch die Nasendouche, sondern durch Aufziehen von Wasser in dieselbe bewerkstelligt werden. (Nach *Petersburger Med. Wochenschr.* No. 57, 1887.)

Eine schwere Verbrühung und eine Schusswunde

behandelte Dr. A. E Calkins in Bath, Clinton County, mit Listerine. Die Verbrühung betraf eine junge Dame und nahm den Nacken und den ganzen Rücken bis in die Glutäal-Gegend ein, ferner den einen Arm, Die Form, welche gewählt wurde, war folgende :

Listerine ..... ℥ii (60,0 g.)
Oleum Lini..... ....℥vi (180,0 g.)

Diese Mischung wurde stündlich mit einem Pinsel aufgetragen. Nach einer Woche, während welcher die Patientin keine Temperaturerhöhung gezeigt und nicht den geringsten Schmerz gehabt hatte, war die Heilung im vollen Gange und ihre Umgebung war mit dem Erfolge höchlichst zufriedengestellt.

Die Schusswunde war in der Axillargegend und waren alle Muskeln des Schulterblattes durchschossen. Die Verwundung geschah mit einer Flinte, und Pulver, Pfropfen etc. hatten sich einen Weg durch das Muskelfleisch gebahnt und das Fleisch war verbrannt und mit Pulver durchsetzt. Dr. Calkins wandte hier das Listerine in Verbindung mit Glyzerin als Verbandmittel an. Die Wunde reinigte sich in vorzüglicher Weise, weder Fieber noch Schmerz trat auf und die verletzten Gewebe blieben völlig frei von irgend welcher übelriechender Absonderung.

Der Doktor theilt uns mit, dass er Listerine für das beste Antiseptikum hält und dasselbe ausschliesslich in seiner chirurgischen Praxis anwendet.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend.

Offizielles Protokoll.

Sitzung vom 12. September 1887.

Vorsitzender: Präsident Dr. L. Weber.
Sekretär: Dr. Willy Meyer.

Anwesend 75 Mitglieder, darunter die Herren Dr. Sprengel (Dresden) und Dr. Unna (Hamburg) als Gäste.

Das Protokoll der letzten Sitzung, sowie das Protokoll der Verwaltungsrathssitzung werden verlesen und angenommen.

Zu Ehren des am 23. Juli verstorbenen Kollegen Dr. G. Fischer von No. 97 Allen St., eines der ältesten Mitglieder der Gesellschaft, erhebt sich die Versammlung von ihren Sitzen.

Dr. Schapringer stellt zunächst zwei Patienten vor.

Zuerst einen 25jährigen Mann, von dessen rechtem Auge er vor Kurzem eine subkonjunktivale melanotische Neubildung entfernt hatte. Letztere hatte dem innern (nasalen) Theile des Bulbus aufgelegen und zeigte die Grösse einer kleinen Erbse. Um sie deutlich zu Tage treten zu lassen, musste Pat. den Blick nach rechts, also das betreffende Auge temporalwärts wenden, wobei dann die auf ihrer Unterlage verschiebbare Geschwulst bläulich durch die rundlich vorgewölbte Bindehaut unmittelbar nach Aussen von der *Plica semilunaris* durchschimmerte. Sie war von ihrem Träger etwa ein Jahr vor ihrer Exstirpation zum ersten Mal bemerkt worden und war seitdem stetig gewachsen. Die Absschälung der scharf umgränzten, beinahe kohlschwarzen Neubildung war leicht auszuführen. Da letztere auch demonstrirt werden sollte, so war zur Zeit der Vorstellung noch keine mikroskopische Untersuchung desselben ausgeführt worden. Dr. S. betonte die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs auch für den Fall, dass das Mikroskop kein Ueberwiegen zelliger Elemente nachweisen sollte.

Ferner demonstrirt Dr. Schapringer eine 30jährige Frau mit *Ophthalmoplegia interior nuclearis.*

Jonathan Hutchinson führte im Jahre 1877 für die mit Lähmung des Akkommodationsmuskels kombinirte Lähmung des *Sphincter iridis* die Bezeichnung *Ophthalmoplegia interna* ein. Mauthner schlug später vor, "interior" statt „interna" zu sagen, welcher Vorschlag desshalb praktisch erscheint, weil man bei der ursprünglichen Hutchinson'schen Bezeichnung leicht glauben könnte, es handle sich um eine Lähmung des *M. Rectus internus*. Wenn eine *Ophthalmoplegia interior* isolirt, d. h. ohne dass die äussere Muskulatur des Augapfels zu gleicher Zeit ergriffen wäre, auftritt, so glaubte Hutchinson die Ursache in einer Erkrankung des bekanntlich innerhalb der Orbitalhöhle gelegenen *Ganglion ciliare* suchen zu müssen, von welchem aus der Ciliarmuskel und die Iris mit Nervenfasern versorgt werden. Eine Erkrankung des Stammes des *Nervus oculomotorius* kann keinesfalls zur Erklärung einer solchen isolirten Lähmung herbeigezogen werden, da in demselben ja auch Fasern für mehrere der äusseren Augenmuskeln verlaufen und es undenkbar ist, dass irgend ein pathologischer Prozess sich in dem dichten Fasergewirr, gerade nur für die interiore Muskulatur bestimmten Nervenfasern auswählen würde.

Nachdem Hensen und Völckers durch Versuche an Thieren festgestellt hatten, dass die Ursprungsregion des *Oculomotorius* im Höhlengrau des dritten Ventrikels und des *Aquæductus Sylvii* in isolirte Kerne für die einzelnen Muskeln, sowohl interiore als exteriore, zerfällt, machte Parinaud darauf aufmerksam, dass die Annahme eines nuklearen Herdes am hintern Ende des dritten Ventrikels, wo die Ursprungskerne der den *Sphincter pupillae* und den Akkommodationsmuskel innervirenden *Oculomotorius*-Fasern dicht hintereinander liegen, das Auftreten einer *Ophthalmoplegia interior* am ungezwungensten erklärt.

In dem vorgestellten Falle, einer 30jährigen, verheiratheten Frau, hatte die Lähmung auf dem linken Auge ungefähr zwei Jahre bestanden. Patientin hatte Anfangs häufig wiederkehrende Umneblungen des Gesichtsfeldes bemerkt, wobei ihr Lesen und Handarbeiten unmöglich wurden. Nachdem eine solche Umneblung eines Tages, als Pat. eben mit dem Zuknöpfen eines Schuhs beschäftigt war, wieder aufgetreten war, bemerkte sie im Spiegel, dass die Pupille des linken Auges abnorm gross war. Seit jener Zeit ist der Zustand dieses Auges ein beständiger geblieben, d. h. die Pupille blieb immer erweitert, weder auf Lichteinfall noch auf Akkommodationsimpuls reagirend, und Lesen und Handarbeiten sind nur mit Hülfe eines Konvexglases (etwa 3,0 D) möglich.

Für die Ferne ist die Sehtüchtigkeit dieses Auges bei einer Hyperopie von 0,6 D normal. Die Funktion der äusseren Augenmuskelu ist intakt; Doppelsehen war nie vorhanden.

Auf dem andern Auge, welches bis vor wenigen Wochen in jeder Beziehung normal geblieben war, ist seit jener Zeit eine Beeinträchtigung der Akkommodationskraft aufgetreten, welche aber nicht so vollkommen ist, wie auf dem linken Auge. Auch ist die Pupille dieses Auges nicht erweitert, doch reagirt sie jetzt auf Licht und Akkommodationsimpulse auch nicht.

Der Augenhintergrund ist auf beiden Seiten normal, ebenso der Patellarreflex. Die Schilddrüse ist seit einigen Monaten etwas vergrössert (*Struma vasculosa*). Nach Besorgung der häuslichen Wäsche und ähnlicher stärkerer Anstrengung merkt Patientin seit einiger Zeit eine besonders auffällige Ermüdung in den Armen. Letztere Erscheinung war zuerst auf der linken Seite allein aufgetreten, späterhin aber in beiden Armen.

Was die Ursache der Erkrankung betrifft, so bringt Patientin selbst dieselbe in Verbindung mit deprimirirenden Gemüthseindrücken verschiedener Art, wobei die Pflege ihrer an Gebärmutterkrebs erkrankten Mutter, welche vor mehreren Jahren starb, eine hervorragende Rolle spielte. Für Lues finden sich keine positiven Anhaltspunkte.

Welcher Art auch der krankhafte Prozess sein möge, so deutet die plötzlich aufgetretene Verschlimmerung, wie sie in der Krankengeschichte hervorgehoben wurde, jedenfalls auf eine interkurrente Blutung.

Eine auffallende Erscheinung ist aber die, dass die Erkrankung so lange auf den Akkommodations- und Sphinkterkern beschränkt geblieben ist und nicht auf die dicht benachbarten Kerne der äusseren Augenmuskeln übergegriffen hat. Die Art der Gefässvertheilung der Kerngegend ist wohl zur theilweisen Erklärung dieser Erscheinung heranzuziehen. Nach Heubner wird nämlich die Basalregion des Gehirns durch Endarterien gespeist, deren Kapillarverzweigungen mit den Kapillarausbreitungen benachbarter Arterien keinerlei Verbindung eingehen.

Es folgt der angekündigte Vortrag von Dr. Carl Heitzmann:

Die Diagnose der Nephritis mittelst des Mikroskopes*).

Der Vortragende macht zunächst auf die Thatsache aufmerksam, dass unter den englischen und amerikanischen Aerzten die Kenntniss der Epithelien des Urogenitaltraktes noch wenig verbreitet ist, und doch lasse sich auf Grundlage dieser Kenntniss Prostatitis, Vereiterung der Samenbläschen, Endometritis, beginnende Tumorenbildung in der Blase, Pericystitis etc. diagnostiziren. Er bespricht das Grössenverhältniss der Eiterkörperchen zu den Nierenepithelien, welche unter allen Umständen den einzigen Anhaltspunkt zur Diagnose der Nephritis liefern. Das Verhältniss zwischen beiden Bildungen schwankt in den akuten, chronischen und subakuten Formen der Nephritis. Chronische Formen lassen sich insbesondere dann diagnostiziren, wenn, in Folge vorausgegangener Hämorrhagie, Hämatoïdin-Krystalle innerhalb der Eiterkörperchen oder Nierenepithelien vorhanden sind.

Redner macht auf das Unhaltbare und Unwissenschaftliche des Ausdruckes „Bright'sche Krankheit" aufmerksam. Für eine logische Gruppirung der Formen der Nephritis zieht er die alten humoral-pathologischen Bezeichnungen der späteren zellular-pathologischen Nomenklatur vor, indem die Qualität des Exsudats von maassgebendem Einflusse auf die Natur und den Grad des entzündlichen Prozesses ist. Er spricht von drei Formen von primärer Nephritis: der katarrhalischen, der kroupösen und der eiterigen. Die katarrhalische Form entspricht der interstitiellen und desquamativen Nephritis Virchow's; die kroupöse Form der parenchymatösen Nephritis Virchow's. Gegen die Bezeichnung „interstitiell" und „parenchymatös" ist der schwerste Einwand, dass jede Entzündung, ohne Ausnahme, von dem Blutgefässe führenden, interstitiellen Bindegewebe ausgeht, während die Epithelien sich aktiv oder passiv erst in einer sekundären Weise am Entzündungsprozesse betheiligen, eine recht parenchymatöse Entzündung demnach nicht existire.

*) Die Veröffentlichung desselben wird durch die Freundlichkeit des Autor's in der „Presse" erfolgen. [Red.]

Die Bezeichnung „kroupös“ sei nicht ganz korrekt, indem die Harnzylinder, an deren Bildung sich nebst dem Exsudate auch die Nieren-Epithelien aktiv betheiligen, nachgewiesenermaassen kein Fibrin seien. Er macht auf eiweisshaltige Exsudate aufmerksam, wie bei *Enteritis membranacea*, deren Aussehen dem Fibrin entspricht. Zwischen zwei schlechten Namen, wie „kroupös“ und „parenchymatös“ thatsächlich sind, möchte er den Ausdruck beibehalten, welcher durch Anciennität sich empfiehlt. Redner bespricht die verschiedenen Formen der Harnzylinder und deren diagnostische Bedeutung. Auch weist er auf die Befunde hin, welche zwischen akuter und chronischer abszedirender Nephritis eine Differentialdiagnose gestatten.

Der Vortrag wird durch makro- und mikroskopische Präparate erläutert.

Die Diskussion über die beiden von Dr. Schapringer vorgestellten Fälle, sowie über Dr. Heitzmann's Vortrag wird auf später verschoben.

Dr. August Martin (Berlin) hat laut eines vor wenigen Stunden eingelaufenen Telegrammes nicht mehr rechtzeitig anlangen können. Der von ihm angemeldete Vortrag: Die Indikationen der Behandlung des Uterus-Myoms" muss desshalb ausfallen.

An seiner Stelle hält Dr. H. Sprengel (Dresden) auf Ersuchen des Präsidenten einen Vortrag:

„Ueber die Behandlung der Oberschenkelbrüche kleiner Kinder.“

Redner wählte dieses Thema einmal wegen der Häufigkeit dieser Frakturen und ferner aus dem Grunde, dass die Art ihrer Behandlung bislang keineswegs eine ganz gleichmässige geworden ist. Uebrigens spricht Redner nur über deutsche Verhältnisse. In früherer Zeit war die in Rede stehende Behandlung wohl noch weiter auseinandergehend als jetzt. Es wurde eine Schiene angelegt und das gebrochene Glied eingegypst. Später wurde ein Verfahren ersonnen, die gebrochene Extremität an den Unterleib anzubandagiren. Beide Methoden tragen grosse Mängel an sich. Die Verbände verschieben sich leicht, sitzen unbequem und erlauben die Bildung von *Intertrigo* in den Hautfalten.

In neuester Zeit ist die von Schede in Hamburg empfohlene vertikale Suspension der gebrochenen Extremität vielfach in Anwendung gezogen worden. Dies Verfahren theilt die soeben geäusserten Mängel nicht. Es ist durchaus empfehlenswerth und leicht auszuführen. Es besteht einfach darin, dass man einen Heftpflaster-Extensions-Verband bis zum oder bis über das Knie anlegt und oben an einem Haken in der Decke oder einem schnell improvisirten Galgen befestigt. Bei aller Einfachheit der Applikation müssen aber doch einige Kleinigkeiten genau beobachtet werden.

Zunächst erscheint es wichtig, ein gutes Heftpflaster zu besitzen. (Dies soll nach des Redners Ansicht erst vor Kurzem durch Importiren des amerikanischen Heftpflasters nach Deutschland geschehen sein.)

Zweitens muss der Fuss mit in den Verband hineingenommen werden und zwar am Besten durch Einwickeln mit einer gut sitzenden schmalen Flanellbinde. Geschieht das nicht, so schwil t er selbst bei vertikaler Suspension an und die kleinen Patienten werden unruhig.

Endlich muss der Verband nach oben genügend fest angezogen werden. Das Bein hängt richtig, wenn man eben noch mit der Hand unter den *Nates* passiren kann. Versäumt man das, so treten leicht sehr

schmerzhafte Erschütterungen der Extremität auf. 10—17 Tage genügen meist, um mit dieser Behandlung eine Oberschenkelfraktur bei Kindern zu heilen. Bei Anwendung dieser Methode beobachtete Redner aber auch einzelne unangenehme Vorkommnisse, die zu erwähnen er für nöthig hält. Er fand, dass ab und zu die Konsolidation ausblieb und die vorher gesunden, festen Unterschenkelknochen weich wurden. Der Unterschenkel nahm dabei Gestalt und Form eines im höchsten Grade rachitischen an. Er hat diese Beobachtung 3mal gemacht. In 2 Fällen fand allmählig ein Ausgleich statt, ein Mal vielleicht begünstigt durch inneren Gebrauch von Phosphor, in einem anderen spontan nach längerer Zeit. Im dritten ging das Kind an katarrhalischer Pneumonie zu Grunde. Wir müssen uns anscheinend hüten, bei hochgradig rachitischen Kindern ein Verfahren anzuwenden, wodurch die Rachitis noch intensiver werden kann. Was soll man nun aber in solchen Fällen thun? Redner half sich so, dass er den von Dr. Phelps, dem Schüler Sayre's angegebenen und in Deutschland eingeführten orthopädischen Kasten anwandte. Er fand denselben sehr brauchbar und möchte einen Versuch mit demselben vorkommenden Falls empfehlen.

Diskussion.

Dr. F. Lange frägt an, wie man sich das Weichwerden der Knochen erklären soll.

Dr. H. Sprengel glaubt, dass die Ernährung dadurch beeinträchtigt wird.

Dr. A. Jacobi ist derselben Ansicht.

Dr. Unna meint, man hätte in Deutschland schon seit vielen Jahren gutes Heftpflaster und zwar in Gestalt des von ihm empfohlenen Heftpflasters.

Dr. Newman ist dem Vortrage mit grossem Interesse gefolgt. Er befürchtet bei dieser Behandlung Rotation der Fragmente und meinte, die Expansion möchte auf diese Weise vielleicht zu stark sein. Auch kann dieser Verband nach seiner Ansicht nicht bei Säuglingen applizirt werden. Er giebt dem Sayre'schen Drahtverband den Vorzug. Die Anwendung desselben wird beschrieben.

Dr. Willy Meyer stimmt Dr. Sprengel's Auseinandersetzungen voll und ganz bei. Er hat eine ganze Anzahl von Oberschenkelfrakturen kleiner Kinder mit vertikaler Suspension behandelt und stets gefunden, dass sich die Kleinen sehr wohl dabei befinden. Zu betonen ist vor allen Dingen auch als Vortheil dieses Verfahrens, die leichte Reinhaltung wie das bequeme Trockenlegen der Kleinen. Der Verband wird nie beschmutzt. Praktisch erschiene ihm, die Hälfte eines grossen Tonnenreifens über das Bettchen der Kleinen in der Längsrichtung zu schlagen und in den suspendirenden Strick ein etwa 2—3 Zoll langes, dickes Gummirohr einzuschalten. Die Kinder gleichen dadurch leichter und schmerzloser kleine Stellungs-Veränderungen aus und können sich auch leichter bewegen. Es ist geradezu spassig, die so bandagirten kleinen Patienten zu beobachten, wie sie alsbald ohne Schmerzen spielend im Bettchen liegen und sich bei der vorhandenen Ausgiebigkeit der Bewegungen im Hüftgelenk ohne Beschwerden an dem suspendirten Beine in die Höhe richten und womöglich auf diese Weise die grosse Zehe in den Mund stecken. Auch er fand es nothwendig, die Glutäal-Gegend so weit zu suspendiren, dass man mit der flachen Hand bequem unter ihr herfahren konnte. Um die Fixation der Fragmente zu sichern, wurde — zugleich auch wegen der Neigung zur Dislokation

— mit nach innen offenem Winkel, an der Aussenseite eine schmale, kurze Beely'sche Gypshanfschiene anbandagirt. Redner hat auch fast durchweg schnelle Heilung beobachtet. Zwei bis drei Wochen genügten meist zur Konsolidation. In einem Falle war Letzterer offenbar nicht sehr fest, da acht Tage nach definitiver Entfernung des Verbandes der Schenkel des allerdings rachitischen Kindes auf ein geringfügiges Trauma hin an derselben Stelle wiederum frakturirte. Diesmal dauerte es volle vier Wochen bis zur Heilung, doch wurde der Kallus unter Gebrauch von Phosphor fest. Ein Weichwerden der Unterschenkelknochen wurde nicht beobachtet. Dr. Newman's letzter Vorwurf, dass die Methode bei Säuglingen nicht anwendbar, ist nicht richtig.

Schon im Jahre 1882 schlug Mögling vor, das Schede'sche Verfahren bei Säuglingen in der Weise auszuführen, dass man über ein der Grösse des Kindes entsprechendes gepolstertes Brett im Längsdurchmesser einen halben Tonnenreifen schlüge, und das Baby mit einer Gummibinde darauf befestige. Das Beinchen lässt sich so ohne Beschwerde suspendiren und das Kind mitsammt dem ganzen Apparate wie auf einem Paradebettchen mit Leichtigkeit von der Mutter an die Brust legen. Die Resultate waren dabei auch durchweg zufriedenstellend.

Dr. F. Lange glaubt, dass bei gestrektem Beine leicht eine Ueberstreckung der auf der hinteren Seite verlaufenden Muskeln zu Stande kommt. Er ist von der vertikalen Suspension abgekommen. Er stellt das Hüftgelenk in einen Winkel, der etwas grösser ist als ein rechter. Dabei wirkt die Extension am Unterschenkel in mehr horizontaler Richtung.

Redner fügt den Fall einer Fraktur des Schenkelhalses an, den er bei einem kleinen Kinde beobachtete. Er sah den Fall, der von dem behandelnden Arzte als Coxitis diagnostizirt war, gegen das Ende der 2. Woche. Im Hüftgelenk bestand allerdings Reizung, bei der Untersuchung in der Narkose war aber Kallusverdickung und weicher Krepitus vorhanden; der Trochanter stand höher. Auch hier wandte er die vertikale Extension nicht an, da Ankylose zu fürchten war und eine solche im rechten Winkel sehr unangenehm geworden wäre. Das Bein heilte mit Verkürzung. Uebrigens können Säuglinge auch in der Wiege liegend, mit der Brust genährt werden. Die Mutter beugt sich einfach über das Kind hinüber.

Dr. H. Sprengel betont in seinem Schlussworte, dass Rotation der Fragmente gegen einander, wie Dr. Newman sie befürchtet, nicht stattzufinden scheint Er möchte glauben, dass die extendirten Muskeln die beste Schiene für den frakturirten Knochen abgeben. In den Holzkasten werden die ganzen Kinder gelegt und mit ihm bewegt. Sie sind für die ganz kleinen Kinder wirklich von grossem Werthe. Dr. Lange gegenüber möchte er bemerken, dass es geradezu wunderbar ist, wie sich die Kinder bei der vertikalen Suspension ohne Schmerzen aufrichten, wie ausserordentlich gut sie sich dauernd dabei befinden.

Dr. Heitzmann schlägt vor, Herrn Dr. Sprengel für den interessanten Vortrag den Dank der Versammlung zu votiren. Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Es folgt jetzt die zuvor verschobene Diskussion des Heintzmann'schen Vortrags.

Dr. Unna spricht Dr. Heitzmann seine Bewunderung aus, dass er im Stande ist nur aus der mikroskopischen Untersuchung des Harns solch' genaue Diagnosen, wie er sie angegeben, zu stellen. Es war ihm neu,

zu erfahren, dass man aus dem einfachen Zerfall von Epithelien in kleine Körnergruppen ominöse Diagnosen, wie Dr. H. das gethan, machen kann. Er fand sie häufig bei Pyelo-Nephritis nach Gonorrhöe. Die zerfallenen Epithelien sind nach seiner Ansicht übrigens nicht so deutlich von geronnenem Eiweiss abzugrenzen.

Dr. Waldstein kann in seinen prinzipiellen Anschauungen über die Nephritis mit Dr. H. nicht parallel gehen. Im Anfange seines Vortrags sagte Dr. H., dass er sich von Fragen der allgemeinen Pathologie fern halten würde. Seine uns gegebene Eintheilung allbekannter pathologischer Prozesse fusst aber ganz und gar in der allgemeinen Pathologie. Er bleibt uns daher den pathologischen Begriff, die pathologische Eintheilung schuldig. Er giebt bekannte Darstellungsweisen gewisser Formen der Nierenerkrankung, die wir alle kennen, die er aber besser kennt. Wenn er nun aber Benennungen, die wir anders aufzufassen gewohnt sind, auf Prozesse bezieht, die mit diesen Benennungen Nichts gemein haben, so wäre es doch gut, wenn er in seinen Auseinandersetzungen die Prinzipien hineinflechten würde, welche uns seine Anschauungen erklärlicher erscheinen lassen würden. Katarrhalisch ist die eine Nephritis-Art, nachher ist sie interstitiell. Vom alten Standpunkte aus wäre das ein prinzipieller Unterschied. Dr. Heitzmann sagt aber, die Entzündung der Niere beginnt immer im Bindegewebe und die kroupöse beginnt wiederum im Bindegewebe. Keine der Beiden hat primär mit dem Epithel etwas zu thun. Wie er sich diesen Prozess denkt, als vom Bindegewebe ausgehend und dann auf das Epithel einwirkend, zur Abstossung und dann zur Bildung der Zylinder führend, das zu beantworten bleibt er schuldig. Eine Erklärung dafür dürfen wir verlangen. Ferner soll das Epithel nur sekundär vom Transsudat imbibirt werden. Die neusten diesbezüglichen Untersuchungen von Ziegler und seinen Schülern, die mehrere Jahre darüber gearbeitet, haben gezeigt, dass gewisse Degenerationen in den Epithelien Platz greifen, die im Kausalnexus stehen zu dem später auftretenden.

Dr. F. Cohn weist darauf hin, dass die sogenannte parenchymatöse Nierenentzündung z. B. durch toxische Einwirkung direkt hervorgerufen werden kann, indem die Gifte auf die Epithelien einwirken. Schon danach allein müssen wir an eine parenchymatöse Entzündung glauben.

Dr. A. Jacobi: In Bezug auf Auffassung der verschiedenen Formen der Nephritis steht Dr. H. allein. Er nennt das radikale Reform und hat darin von seinem Standpunkte aus Recht. Dies ist aber nicht der Standpunkt anderer Pathologen. Wenn wir Dr. H.'s katarrhalische Nephritis, mit den katarrhalischen Zuständen anderer Schleimhäute vergleichen, sieht man nicht ein, warum in der Niere Alles anders sein soll als anderswo. Ueberall wird doch zunächst das Epithel ergriffen, von dort geht es weiter in die tieferen Schichten. So ist es im Darm, so in den Bronchien, in der Leber; als Regel ist die tief liegende Entzündung nicht das Erste und das Erkranken der Epithelien sekundär, sondern es ist umgekehrt. Es giebt auch ganz gewiss Fälle, in denen nur die Epithelien eine Zeit lang affizirt sind; diese heilen schnell. Sowie das Parenchym mit betheiligt ist, sind die Fälle viel schwerer zu kuriren, meist unheilbar. Auch die Nephritis nach Scharlach ist nicht immer dieselbe. Die durchschnittlich in 1—5 Tagen den *Exitus* herbeiführende ist interstitiell. Im Zusammenhange mit seinen übrigen Bemerkungen sprach Dr. H. von der membranösen Enteritis. Die dabei gefundenen grossen Zylinder sind 4—12 Zoll lang und bestehen

aus stark strangulirtem Schleim. Was nun die von Dr. H. angerathene Therapie der Nephritis betrifft, so möchte Redner das Holzhacken zum Hervorrufen von Schweiss entschieden nicht empfehlen. Wenn man auch dabei schwitzt, so sind doch Schweiss und Schweiss zwei verschiedene Dinge. Es ist ein grosser Unterschied, ob man im Bett oder nach einem russischen Bade oder nach Holzhacken schwitzt. Bei der letzteren Arbeit ist die Herzthätigkeit so angeregt und gestört, dass der Einfluss auf die Nieren schädlich sein muss.

Dr. Heitzmann betont in seinem Schlussworte, dass es nicht in seiner Absicht läge, eine neue Nomenklatur zu schaffen, er vielmehr nur die Henle's gebraucht habe. (Hier wirft Dr. Waldstein ein, dass Henle niemals von katarrhalischer Affektion der Niere gesprochen hat. Es fehlt in der Kette der Symptome der Schleim selbst, weil die Niere, wie Virchow hervorhebt, keine Schleimhaut hat.) „Wir haben nicht," fährt Dr. H. fort, „das Recht zu behaupten, dass eine Epithellage allein sich entzünden könnte. Es müssen die Blutgefässe dabei sein. Dass Gifte die Epithelien allein affiziren, ist reine Hypothese."

Nach einer kurzen Exekutivsitzung stellt:

Dr. Ruppe stellt an Dr. Unna die Frage, ob und wie er Ichthyol innerlich anwende.

Dr. Unna antwortet, dass er das Ichthyol jetzt immer mehr innerlich anwendet, zur äusseren Applikation gehört Uebung. Das Mittel ist nicht nur bei Hautkrankheiten nützlich, sondern auch in der inneren Medizin. So ist es nach seiner Ansicht ein Hauptmittel, bei der rein nervösen Form des Bronchial-Asthmas, wofür ein einschlägiger Fall aus des Redners früherer Praxis mitgetheilt wird. Ferner ist es ein treffliches Mittel bei Chlorose, die Redner für eine Infektionskrankheit ansieht. Hier hat er vom Ichthyol häufig ausgezeichnete Wirkung gesehen. Es muss allerdings Jahre lang genommen werden. Professor der Pharmakologie Schultz in Greifswalde hat letzthin auch Schwefel gegen Chlorose innerlich angewendet. Auch gegen lang bestehende Darmkatarrhe wirkte Ichthyol gut.

Zur Erklärung aller dieser Thatsachen rekurrirt er immer auf das Wort „Schwefel". Die einfachste Form, das Mittel zu geben, ist, 10 bis 15 Gran reines Ichthyol morgens und abends in einem Glase Wasser, nur muss man klug genug sein, den Patienten gleich bei der Verordnung zu sagen: „Es schmeckt sehr schlecht — so schlecht, dass sie es wahrscheinlich nicht nehmen können." Dann sagen sie sicher beim nächsten Besuche, es wäre gar nicht so schlimm, sie könnten es schon nehmen. 1 Gramm ist die Durchschnitts-Dosis. Man kann aber auch bis zu 5 Gramm geben. Bei Kindern ist die Dosirung geringer: $\frac{1}{2}$ bis $\frac{1}{4}$ Gramm genügt. Dr. Willy Meyer, protokoll. Sekretär.

Hoff's Malzextrakt (Tarrant's) verschreiben die Herren Aerzte, wenn sie ein verlässliches, nahrhaftes Tonikum anwenden wollen. Das Wort „Tarrant's" ist nothwendig, um die Substitution eines anderen Präparates zu verhüten, welches absolut werthlos ist, aber dem Apotheker einen grösseren Profit abwirft. Das vorzügliche Renommé, welches die Herren Tarrant & Co. seit länger als vierzig Jahren geniessen, genügt vollständig, wenn sie sich dafür verbürgen, dass ihr Johann Hoff's Malz-Extrakt wirklich genuin ist. Es ist die echte importirte Waare, welche in Europa so ausgedehnt im Gebrauche ist und nicht das Produkt einer amerikanischen Brauerei, das nur mit einer deutschen Etikette versehen wird.

Bücherschau.

Dr. Otto Beumer, Privatdozent für Hygiene in Greifswalde. — Der derzeitige Standpunkt der Schutzimpfungen. — Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1887.

Eine interessante und komplete Zusammenstellung der verschiedenen Methoden der Abschwächung verschiedener Krankheitserreger behufs Benutzung des geschwächten Virus zu Schutzimpfungen. Das in der Literatur bis jetzt vorhandene Material ist knapp und konzis zusammengestellt und ohne viel theoretisirendes Beiwerk eine genaue praktische Werthmessung — soweit dies möglich — gegeben.

In Bezug auf die Pasteur'schen Milzbrandimpfungen zitirt B. den bekannten Ausspruch Koch's, dass die jährlich wiederholten Impfungen mit dem sog. *Deuxième Vaccin* grössere Verluste zeigen, als sie bei spontanem Milzbrand auftreten würden und dass die Immunität gegen letzteren nur unvollkommen Stand hält.

Der Pasteur'schen Lyssa-Impfung gegenüber verhält sich B. ziemlich neutral, legt ihr aber doch offenbar einen grösseren Werth bei, als sie verdient und als sie namentlich seit von Frisch's neuerdings abgegebenem Urtheile beanspruchen kann. Der Umstand, dass in allen den Ländern und Bezirken, wo ein Pasteur-Institut existirt die Zahl von Lyssa-Kranken eine unglaubliche, früher nie dagewesene Höhe erreicht, während in den anderen Ländern (speziell in Deutschland) diese Zunahme eine sehr mässige ist und nur Diejenigen betrifft, welche wirklich nach Paris zu Pasteur reisen können, ist immerhin sehr verdächtig. Die Ansicht, dass die Lyssa nichts weiter ist, als eine psychische Seuche, welcher allerdings vorläufig nur von einer kleinen Minorität unter den Medizinern gehuldigt wird, gewinnt dadurch eine grosse Stütze. Und spätere Jahrhunderte werden es vielleicht als ein zwar ungewolltes, aber darum nicht minder grosses Verdienst Pasteur's ansehen, dass er durch sein Vorgehen in dieser Richtung sehr viel dazu beigetragen hat, den Glauben an die Lyssa überhaupt zu untergraben und sie als letzten Ueberrest abergläubischer Vorurtheile demselben Limbo der Vergessenheit anheimzugeben, welchen Zauber- und Hexenwesen schon heutigen Tages verfallen ist. Dann wird man endlich still sein von der „stillen Wuth".

Ein vollständiges Literaturverzeichniss beschliesst das lesenswerthe Bändchen. G. W. R.

Dr. Ephraim Cutter. — Feeding Patients against their Appetite. — Repr. from *The Medical Register.*

Die vom Verf. in dieser lehrreichen Brochüre niedergelegten Grundsätze lassen sich kurz dahin zusammenfassen, dass der Appetit des Patienten niemals und unter keinen Umständen in Erwägung zu ziehen ist, wenn es sich darum handelt, eine durch ungeeignete Diät und Lebensweise, resp. falsche diätetische Behandlung ärztlicherseits geschwächte Konstitution wieder zur Norm zu bringen. C. berichtet eine Anzahl Fälle, in denen er durch konsequentes Durchführen dieses Prinzips schöne Resultate erzielt hat. Nicht nur, dass die Patienten in Bälde die ursprünglich mit dem grössten Widerwillen genommene (meist *Beef-Essence* oder andere Fleischspeisen als leichter verdauliche und resorbirbare) Nahrung mit Appetit zu sich nahmen, die strenge Kontrolle, welche C. durch mikroskopische Inspektion der *Faeces* übte, er-

möglichte ihm auch jede Abweichung von der erlaubten Diät zu entdecken und zu unterdrücken.

C. ist auch ein grosser Befürworter von *Ammonia-, Nitric-Acid-*, etc. *Sponge-baths*, welche seiner Ansicht nach durch Anregung der peripheren Zirkulation und Hautsekretion sehr günstig wirken in allen heruntergekommenen Ernährungszuständen.

Wie Brehmer ist C. der Ansicht, dass alle mit einer tuberkulösen Disposition behafteten Individuen schlechte Esser sind, indem sie nicht nur zu wenig wirklich ausnützbare Nahrung geniessen, sondern, wenn sie wirklich stärker essen, anstatt leichtverdaulicher und verwerthbarer Substanzen, ihren Magen mit der unverdaulichsten, speziell vegetabilischen Kost vollstopfen, die ihr meist kleiner, schwacher Magen und Bauchraum nicht zu bewältigen im Stande ist.

Das Werkchen enthält eine Fülle praktischer Winke, namentlich in Bezug auf die oft so schwierige „Diplomatie des Arztes" in allen derartigen intraktablen Fällen. G. W. R.

Dr. Arnold Pollatschek. — Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei Diabetes mellitus. — Sep.-Abdr. aus der *Zeitschr. f. klin. Medizin;* Bd. XII, Heft 4.

Der Verf., der unseren Lesern bereits durch sein Referat über von Jaksch's „Klinische Diagnostik innerer Krankheiten" (in der Mai-Nummer der „Presse") bekannt ist, hat — veranlasst durch die Behauptung Stokvis', dass Albuminurie eine häufige Komplikation der Zuckerharnruhr sei — die Aufzeichnungen zusammengestellt, welche ihm von Seiten des Lippmann'schen chemischen Laboratoriums zur Verfügung gestellt wurden.

Die Untersuchung diabetischer Harne wird daselbst im Auftrage verschiedener Aerzte ausgeführt und ist die Methode und Art und Weise der Ausführung dieser Untersuchungen eine durchaus zweifelsohne.

P. fand nun, dass in den verschiedenen (von Spuren bis zu 5 Prozent und darüber Zucker enthaltenden) daselbst untersuchten Harnen das Vorkommen von Eiweiss in etwa 36 - 38 Prozent konstatirt wurde.

„Unter 2887 in den Jahren 1885 und 1886 in Karlsbad untersuchten Harnen wurde 1187mal Zucker vorgefunden und in solchen zuckerhaltigen Harnen waren 437mal grössere oder geringere Mengen von Eiweiss nachweissbar. Auf 100 zuckerhaltige kommen im Durchschnitte 37, welche gleichzeitig mit unsern gegenwärtigen Hilfsmitteln nachweisbare Albumingehalte besitzen und dieses Verhältniss wird nicht wesentlich modifizirt, ob man nun die Harne, die in beiden Jahren untersucht wurden, nach Jahrgängen oder summarisch in Rechnung nimmt."

Gewiss, in Anbetracht des grossen Materiales ein sehr wichtiges und bedeutsames Resultat! G. W. R.

Prof. N. Senn. — Importance and Value of Experimental Research. — Repr. *Western Med. Reporter*, March, 1887.

Diese von dem tüchtigen und unermüdlichen Forscher Deutsch-Athens in Amerika als Abschiedsrede an die neu-promovirten Doktoren des *Chicago College of Physicians and Surgeons* gehaltene Ansprache — an welchem S. die chirurgische Professur bekleidet — ist so recht ein begeisterter Meinungsausdruck dieses fruchtbaren Autors.

Es ist eine wahre Epopöe der experimentellen Medizin, die um so mehr Werth hat, als sie von den Lippen eines Mannes quillt, der sich

das höchste Ziel, welches er hier den neugeschaffenen Jüngern des Hippokrates als erstrebenswerth vorhält, selbst gestellt und zur Richtschnur gemacht hat.

In grossen Zügen führt er ihnen das Bild dessen vor, was namentlich in seiner geliebten Spezialität, der Chirurgie, durch experimentelle Studien dem praktischen Chirurgen ermöglicht worden ist, von Galenus, der beim Durchschneiden einer Arterie fand, dass nicht Luft, sondern Blut daraus hervorspritzte, bis zu Winiwarter, Hueter und Krönlein, welche die Magen-, Larynx- und Lungenresektion an niederen Thieren experimentell vorbereiteten. Seine eigenen Studien über Lufteintritt in die grossen Halsvenen, über Pankreaschirurgie etc. ist er zu bescheiden zu erwähnen.

Der Rath aber, den er diesen seinen Jüngern giebt, ehe er sie in die Welt hinausschickt, ist der:

Die deutsche Chirurgie steht derjenigen der ganzen Welt voran, weil die deutschen Chirurgen stets originale Experimentaluntersuchungen betreiben. Gehet hin und thuet desgleichen! G. W. R.

Dr. August Martine, Dozent für Gynäkologie an der Universität Berlin. — Pathologie und Therapie der Frauen-Krankheiten nach den in den Ferienkursen für Aerzte gehaltenen Vorträgen bearbeitet. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. — Wien und Leipzig; Urban & Schwarzenberg, 1887.

Im Vorworte zur ersten Auflage spricht sich Verf. über Entstehung des Buches folgendermaassen aus:

„Die Anregung zu der Herausgabe dieses Buches über die Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten gaben mir die oftmals wiederholten Wünsche derjenigen Herren Kollegen, welche meine gynäkologischen Ferienkurse besuchten. Sie wünschten neben den vorzüglichen Lehr- und Handbüchern, die gerade unsere deutsche Fachliteratur so glänzend auszeichnen, eine klinische Darstellung der Gynäkologie, welche die dem Praktiker besonders nothwendigen Abschnitte über die Diagnose und die Therapie in möglichst präziser Form giebt, ohne die pathologische Anatomie zu vernachlässigen oder sich in das Gewirr der Kontroversen über derzeit noch streitige Punkte zu verlieren. Nach diesen Gesichtspunkten habe ich in den Ferienkursen den Herren Kollegen einen Ueberblick über unser Fach in gedrängter Kürze zu geben mich bemüht, sowie er sich aus einem reichlich zuströmenden Material ergab. Diese Vorträge sind, entsprechend den oben angedeuteten Wünschen, stenographisch aufgenommen worden; aus ihnen ist dieses Buch entstanden.

Eine solche Entstehungsgeschichte rechtfertigt es, dass ich mich einerseits von einer irgendwie eingehenden Erörterung der Literatur — so erwünscht sie mir gewesen wäre — ebenso fern hielt, wie von einer Kritik, besonders der verschiedenen therapeutischen Methoden, andererseits aber auch die Fülle der Krankengeschichten, die zur Illustration des Vorgetragenen dienen konnten, wegliess."

Das Ziel, welches sich Martin damit gesetzt hat, hat er in vollem Maasse erreicht. Das Buch ist nur für Praktiker geschrieben und desshalb sind alle elementaren Punkte ferngehalten. Für Kollegen, welche sich schon praktisch mit Gynäkologie beschäftigt haben, giebt es kaum ein Werk, welches ihnen in so gedrängter und praktischer Weise das klinische Bild aufrollt. Dabei athmet das Ganze einen erfrischenden Hauch kräftiger Originalität. Es sind deutsche, Berliner, speziell

Martin'sche Anschauungen, welche uns hier entgegentreten und sich zu einem harmonischen Ganzen vereinigen. Es sei uns gestattet, in Folgendem auf einige prägnante Punkte Rücksicht zu nehmen. Es entwickelt sich logisch aus dem Kapitel der gynäkologisch vom Verf. geübten Untersuchung die von ihm geübte Behandlung. Nur in der Steiss-Rückenlage, bei vollständiger Freilegung des *Portio* durch Halbriemen, Scheidenhalter und Kugelzangen bei fortwährender Berieselung mit dem von ihm benutzten Irrigator mit seinem Verschluss sind die angegebenen Plastiken an Damm, Scheide und Mutterhals zu machen. Nur so kann die fortlaufende *Catgut-Nath*, resp. Etagen-Nath mit kleinen gekrümmten Nadeln und einem sich leicht öffnenden Nadelhalter geübt werden. Ohne den sichern Halt der Kugelzange ist die vom Verf. angegebene stumpfe Curette nicht genügend um die ganze Schleimhaut des Uterus gründlich zu entfernen. Nur so kann die radikale Behandlung, welche stets vom Verf. für beinahe sämmtliche Frauen-Leiden geübt wird, von Erfolg gekrönt werden. Hat sich der Praktiker die nöthige Gewandtheit beim Nähen und Umstechen angeeignet, so kommt er dann zielbewusster Weise leicht zur Ausführung der von M. geübten Methoden für die schweren operativen Eingriffe. Auf diese Weise kann er bei Vaginal-Exstirpsationen zuerst den *Douglas* eröffnen und sofortige Vernähung der Wundränder mit dem Peritoneum vornehmen, die ganze Auslösung des *Collum* vom Becken-Boden durch ähnliche Vernähungen mit geringem Blutverlust ausführen und auf diese Weise eine technisch schwere Operation in 20 Minuten (wie Verfasser), wenn keine Komplikationen vorhanden, vollenden.

Ueberall begegnen wir den Vernähungen. Bei Eröffnung von perimetritischen Abszessen findet vorherige Vernähung der Wundränder statt, ebenso wie bei hoher Exzision von Karzinomen.

Umstechung, Umsäumung, Naht, Naht und nochmals Naht ist die Parole!

Silber-Draht gebraucht Verf. fast gar nicht. *Juniperus-Catgut* (8 Tage in 1: 1000 Sublimat-Lösung und dann in *Oleum Juniperi* aufbewahrt) ist ihm für feinere Nähte, englische Seide, da wo mehr Festigkeit nothwendig ist, das richtige Material. Ein längerer Schnitt der Bauchwunde hat für Verf. keine Schrecken; die Vereinigung erfolgt ja rasch und Heilung per primam ist das Resultat. Bedeutendes Gewicht wird auf mikroskopische Untersuchung der Uterus-Schleimhaut gelegt um sofort Radikal-Operation (Exstirpation) bei irgend welchem suspekten Befunde folgen zu lassen. Exstirpation von Myomen erfolgt mit Vorliebe durch Laparatomie bei prophylaktischer Drainage der Bauchhöhle durch den *Douglas* nach Versenkung des Stieles. Hier begegnen wir der vom Verf. gebrauchten temporären Gummi-Ligatur für Blutleere. Als Prophylacticum gegen die in Folge des Puerperiums öfters entstehenden Krankheiten empfiehlt er Einspritzungen (sobald die Lochien aufgehört haben) von Lösungen mit *Acet. Pyrolignos. Rectific.*, welches Mittel er auch sonst häufig anwendet. Von guter Wirkung bei Schleimhaut-Erkrankungen des Uteruskörpers hat er *Hydrastis* gefunden, obgleich Curettement mit nachfolgender Aetzung die gewöhnliche von ihm geübte Behandlung ist

Mit einem Worte: gänzliche Entfernung der erkrankten Theile mit sorgfältiger Vorbereitung und Nachbehandlung *Restitutio ad integrum* durch Plastik, wo dies möglich, ist die Martin'sche Therapie.

Es würde zu weit führen, mit eingehenden Zitaten fortzufahren. Die

strenggestellten Indikationen und Kontra-Indikationen, seine Methode bei Damm- und Scheiden-Plastik etc. etc., wird man an Ort und Stelle mit grosser Befriedigung nachlesen.

Hat der Verfasser nun seine Art und Weise der Behandlung in vorliegendem Buche dargelegt, so kann leider der allgemeine Praktiker, selbst der Spezialist nicht, immer nach den Indikationen handeln, wie sie uns Verf. angiebt. Es gehört dazu ein grosses Material und eine unabhängige Stellung, um stets eine Radikalkur durchzuführen. Es ist z. B. ein Leichtes, in Narkose einen flektirten Uterus auch ohne Sonde als solchen zu diagnostiziren. Sollte deshalb aber ein Kollege auf dem Lande auf das Hülfsmittel einer leicht biegsamen Uterin-Sonde verzichten und nur die starre gebrauchen, wie Verf. dies stets thut? Für Jemand, der ohne Assistenz eine Endometritis behandeln will und aus irgend einem Grunde nicht radikal vorgehen kann, ist ein Schnabelspekulum von grösserem Werth als das Röhren-Spekulum, welches ihn unter Umständen im Stich lässt, aber einzig ausser dem Rinnen-Speculum oben angegeben ist. Der Elektrizität geschieht absolut keine Erwähnung, selbst nicht bei Tubarschwangerschaften, welche Verf. durch Laparatomie beseitigt: allerdings in 11 Fällen mit gutem Erfolg. Auch Cystitis und ihre Behandlung z. B. durch künstliche Blasen-Scheidenfistel ist ausgelassen.

Die Aufrichtung des retroflektirten Uterus führt Verf. mit starrer Sonde aus und hält den dabei herausfliessenden Tropfen Blut von keiner Bedeutung, sollte die manuelle Aufrichtung in Knieellenbogenlage nicht wenigstens für Anfänger leichter und ungefährlicher sein?

Die orthopädische Behandlung beschränkt sich dann auf ein Weich-Gummi-Pessar (Hodge's), welches nach 3—6monatlichem Liegenbleiben bei täglicher antiseptischer Ausspülung nicht riechen soll. Ein Hartgummi Pessar (Smith's), thut gewiss gegebenen Falls bessere Dienste. Bei *Descensus uteri* gebraucht M. den gestielten Ring [N. B. wo absolut keine Plastik erfolgreich angewendet werden kann]. Zuweilen kommt unter dem Drucke des Ringes, welcher auch ¼ Jahr liegen darf, Peri- oder Parametritis zu Stande, welche Heilung (des *Descensus*)herbeiführen kann. Ein Gehrung'sches Pessar thut bequemere Dienste, schon durch Nichtbehinderung der Kohabitation.

Obgleich M. Cervix-Katarh nicht als Folge eines Cervicalrisses auffasst, so kommt er in der Therapie den vorgeschrittensten Amerikanern gleich durch Exzidirung der Erosion und Vernähung. Auf Erkältung als Ursache von Vaginismus macht Verfasser pag. 218 aufmerksam um anzugeben, dass exakte Diagnose *quoad aetiologiam* doch hier meist unausführbar wäre.

Gonorrhoeische Reizzustände der Vulva und Vagina sind (pag. 221) häufiger ohne Urethritis, als mit derselben komplizirt zu beobachten. Auf p. 222 stützt sich Verf. auf Urethritis, um manchmal die Diagnose festzustellen. Bei Behandlung der Scheiden-Gonorrhöe vermissen wir dis starke ag NO_5-Bepinselung und die Jodoform-Einreibung. Ein primäres Scheidenkarzinom auf 1000 Fälle dürfte doch selbst für deutsche Verhältnisse etwas zu hoch gegriffen sein. Hier, wo wir das ausgezeichnete Squibb'sche Präparat von Ergot haben, haben wir das vom Verfasser (pag. 272) empfohlene Geheimmittel: Bombelon'sche Lösung, nicht nöthig zu gebrauchen.

Unserm Sims wird allerdings die Freilegung der Blasen-Scheidenfisteln durch sein Spekulum vindizirt, doch finden wir keine Abbildung davon; ebensowenig wird die Sims'sche Seitenlage oder seine Scheidendepressoren erwähnt.

Den Amerikanern (ein sehr weitgehender Begriff) wird Seite 445 die vielfache Ausführung der vaginalen Ovariotomie vorgeworfen und davor sehr richtig gewarnt; aber 1870er und 1877er Literatur (Seite 446) ist doch wohl heute kaum noch beweiskräftig und ist diese Art der Operation in den Vereinigten Staaten kaum noch in der heutigen Literatur erwähnt. In einem Werk, welches kaum einen Druckfehler enthält, ist es erlaubt zu erwähnen, dass Seite 311 (Reihe 26) es Seite 26 anstatt 22 heissen soll, auf Seite 354 Reihe 67 soll Fig. 171 gemeint sein, anstatt 170.

Doch genug! Eine Martin'sche Arbeit kann nur durch die Kundgebung anderer Meinungen gewinnen und bleibt deshalb doch Original. Nicht genug Lob kann zum Schluss den Illustrationen gespendet werden. Wir begegnen einem der Natur nicht abgesehenen Bilde. Vieles Neu und das Beste vom Alten.

Wie wir aus dem Vorwort zur zweiten Auflage ersehen, existirt eine russische und spanische Uebersetzung, und sind andere in Aussicht gestellt — gewiss das beste Zeugniss für die Anerkennung, welche sich das treffliche Werk erworben hat. Für diejenigen Kollegen, welche sich mit Frauenkrankheiten speziell beschäftigen, ist das Studium des Martin'schen Buches geradezu eine Pflicht; für diejenigen, welche in ansprechender Weise sich die neuesten Methoden mit ihrer, im Gegensatze zur früheren, verblüffenden Therapie vorführen wollen, ist es ein Genuss, mit einem solchen Führer das Gebiet zu durchwandern. V. R.

Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Brochüren:

On the Advantages of a Compound Salicylated Plaster in Dermatological and Surgical Practice, by Dr. Hermann G. Klotz. — Repr. *N. Y. Med. Journ.*, Sept. 17, 1887.

On the Occurrence of Ulcers resulting from Spontaneous Gangrene of the Skin during the later Stages of Syphilis and their Relation to Syphilis, by Dr. Hermann G. Klotz. — Rep. *N. Y. Med. Journ.*, Oct. 8, 1887.

Vorlesungen über Kriegschirurgie von Prof. Dr. Ritter von Mosetig-Moorhof, Generalarzt des hohen deutchen Ritterordens. — Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1887.

Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie; in 10 Vorlesungen für Aerzte und Studirende von Dr. Albert Landerer; I. Hälfte, mit zahlreichen Abbildungen in Holzschnitt. — Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1887.

Four Months among the Surgeons of Europe, by N. Fenn, M. D., Ph. D. (Milwaukee.) — Repr. *Journ. of the Amer. Med. Association.*

Die laryngologische Sektion des IX. internationalen medizinischen Kongresses in Washington (5.—10. Sept. 1887); Bericht von W. Freudenthal. Sep.-Abdruck a. d. (Semon'schen) *Internat. Ctrlbl. f. Laryngol., Rhinol. und verw. Wiss.* Jahrg. IV., No. 5.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. IV. New York, Dezember 1887. No. 6.

Ueber Dammschutz und primäre Operation des Dammrisses.

Von Dr. C. A. von Ramdohr.

Professor der Geburtshülfe a. d. *N. Y. Post-Graduate Medical School and Hospital*, Gynäkolog am *Logen- und Vereins-Hospital* und der *Deutschen Poliklinik.*

(Vortrag gehalten in der Sitzung der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 5. Dezember 1887.)

Meine Herren! Wenn in irgend einem Zweige der Medizin sehr viele Wege demselben Ziele zusteuern, so dürfen wir ziemlich sicher davon überzeugt sein, dass wir den rechten Weg noch immer nicht gefunden haben.

So wird z. B. Diphtheritis heutzutage mit wenigstens hundert verschiedenen Mitteln behandelt, ohne dass bis jetzt ein Spezifikum gefunden worden ist.

Ganz in ähnlicher Weise wird in der Geburtshülfe der Dammschutz auf die verschiedenste Weise geübt, ohne dass eine Methode gefunden worden ist, welche immer den Erfolg sichert.

Eine Auslese von dem Konglomerat der verschiedenartigsten Meinungen über diesen Gegenstand erlauben Sie mir, Ihnen in dem Folgenden vorzulegen:

Cazeaux (Sixth American, from the seventh French Edition, pag. 397): ..übt „Dammschutz durch gleichmässigen Druck auf die ganze Fläche des Dammes durch Auflegung der Palmarfläche der Hand in mässigem Grade. Die letztere wird in der Weise aufgelegt, dass die radiale Seite des Zeigefingers den vorderen Rand des Dammes bedeckt, so dass die Fingerspitzen auf der linken Seite desselben liegen, während der Ballen des Daumens rechts zu liegen kommt, und der Daumen selbst das rechte *Labium majus* umspannt. Der Druck sollte nach dem *Anus* hin etwas kräftiger sein, damit der Kindskopf vorwärts geschoben und die Extensionsbewegung desselben erleichtert wird."

Hugh C. Hodge (*Textbook on Obstetrics*, Philadelphia, 1864, pag. 192):

„.....findet es vortheilhaft, der Ausdehnung des Dammes Widerstand entgegenzusetzen und die Extension des Kindskopfes dadurch zu erleichtern, dass die Fingerspitzen der linken Hand in gleichsam konisch geschlossener Form erst auf den hinteren Theil des Dammes einen Druck ausüben und dann allmählig nach vorn geführt werden, während nun mit der rechten Hand dem Vertex und dem Occiput die passende Richtung gegeben wird, so dass dadurch unter Umständen die hintere Kommissur, wo am leichtesten ein Einriss stattfindet, geschützt wird. Gegen das Ende der Entwicklung des Kopfes müssen die Finger der linken Hand fast ausschliesslich den vorderen Theil des Dammes schützen."

Und ferner:

„Durch Verhütung einer zu rapiden Entwicklung des Kopfes sind

unzweifelhaft schon sehr häufig bedeutende Dammrisse verhütet worden; jedoch bedarf es dabei einer besonderen Vorsicht und Bedachtsamkeit."

Sir James Y. Simpson (*Selected Works*, Appleton, New York, 1871; *Lecure Notes*, pag. 5):

§. 5. „Wenn der Kopf in die Vulva eingetreten ist, so drücke man die Kniee auseinander und unterstütze den Damm durch Auflegen der Handfläche. Dieses Verfahren ist zwar von vielen Seiten verurtheilt worden, aber nur mit Rücksicht auf seine falsche und übertriebene Anwendung. Die Vortheile, welche dasselbe bietet, sind folgende:

1. Es gewährt der Kreissenden Erleichterung,
2. Es fördert den Geburtsmechanismus,
3. Es verhindert Dammriss in Folge von zu rapider Ausdehnung desselben.

Man soll den Kopf gegen das Ende der letzten Austreibungs-Wehe austreten lassen.

Man soll die Zeit, welche zur Dehnung des Dammes dient, genau nach dem Maasse der Elastizität bemessen, welche der Damm im gegebenen Falle zeigt.

§. 6. Der Kopf wie auch der Körper des Kindes sollen so geführt werden, dass sie in der Richtung der unteren Beckenaxis austreten.

§. 7. Der Kopf soll in der Weise durchtreten, dass der kleinste Durchmesser seiner rundlichen Kegelform mit dem Durchmesser der Oeffnung zusammenfällt.

§. 8. Das Austreiben des Körpers soll zumeist der Wehenthätigkeit überlassen bleiben.

§. 9. Der Damm soll auch während des Austrittes der Schultern und des Körpers geschützt und u n t e r s t ü t z t werden."

Und auf Seite 152:

„Die korrekte Ausführung des Dammschutzes vermindert und modifizirt ohne Zweifel das Einreissen desselben; aber viel häufiger, als für gewöhnlich angenommen wird ist dieselbe ausser Stande den Dammriss zu verhüten."

Alfred L. Galabin (*Manual of Midwifery;* Philadelphia, 1886; pag. 190):

„Es giebt ausser diesem Handgriffe zum Vorwärtsdrängen des Kopfes (dem Auflegen der Handfläche auf die *Ligamenta sacro-ischiatica* mit ausgespreiztem Daumen und Fingern) eine andere Methode, und dies ist das Eingehen in den Anus mit dem Daumen oder den Fingern, um auf den Kopf durch die Rekto-Vaginal-Wand einen Druck auszuüben."

Und weiter (pag. 191):

Ausser diesen beiden Haupt-Methoden einen Dammriss zu verhüten, mag es unter Umständen wünschenswerth sein, die Dehnung des Dammes zu unterstützen durch Zurückziehen desselben mittels des Zeige- und Mittelfingers; speziell in den Fällen, in welchen ein Einreissen zu erwarten ist, entweder wegen rigiden Perinäum oder kleiner Oeffnung oder endlich, weil der Schambogen zu eng ist. Sobald die Dehnung des Dammes durch den Kopf beginnt, ist es nothwendig, den Kopf während einer jeden Wehe zurück zu halten; in den Wehenpausen darf jedoch vorsichtige Dehnung mit den Fingern vorgenommen werden."

Leishman (*Midwifery;* Philadelphia, 1879; pag. 270):

„Der Geburtshelfer jedoch, der niemals die Hand gegen den Damm andrückt wird — davon sind wir fest überzeugt — viel weniger Dammrisse sehen, als Derjenige, welcher den Dammschutz in irgend welcher Form bei jeder Geburt für zulässig hält."

Gegen den Dammschutz sprechen sich in ähnlicher Weise Mende, Dubois, Grailys, Hewitt, Scanzoni u. A. aus.

Lusk (*Midwifery;* Appleton, New York, 1882; pag. 208.):

„Bei normalen Geburten hat mir die von Olshausen empfohlene Hohl'sche Methode treffliche Dienste geleistet. Dieselbe besteht darin, dass man nicht den Damm, sondern den vortretenden Kindestheil stützt. Der Daumen soll vorn auf das Occiput zu liegen kommen und Zeige- und Mittelfinger auf den Theil des Kopfes, welcher der hinteren Kommissur anliegt. Diese leicht einzuhaltende Lage der Hand ermöglicht es dem Geburtshelfer, in der Richtung der Scheide einen wirksamen Druck auszuüben, während der Druck der übrigen Finger die Rotation des Kopfes unter dem Schambogen hervor begünstigt.

Zugleich muss die Kreissende angewiesen werden, während einer Wehe den Athem nicht anzuhalten, ausgenommen wenn die Wehenthätigkeit schwach ist. Ist der Wehendrang so heftig, dass sie ihm keinen Widerstand entgegensetzen kann, so soll diese übermässige Reflexthätigkeit durch Chloroformnarkose behoben werden. Auch bei sehr geschickter Anwendung dieser Maassregeln giebt es doch Dammrisse, ausgenommen wenn der Arzt im Stande ist, die austreibende Kraft durch Bauchpresse, Glottisverschluss etc. neben der Wehenthätigkeit zu kontrolliren."

Trotz alledem hält Lusk dafür, dass das Vorkommen von etwa 15 Dammrissen bei je hundert Geburten kein zu hoher Prozentsatz ist.

Wm. Tyler Smith (*Obstetrics;* Am. Ed. by *Gardner;* New York, 1857; pag. 366):

„Wenn es gelingt, die zu schnelle Entwicklung des Kopfes zu verhindern, so ist damit mehr gethan als mit dem vorsichtigsten Drucke auf den Damm."

Und der Herausgeber Dr. Gardner fügt hinzu:

„Die Fälle, in denen ich Dammrisse beobachtet habe, waren stets solche, wo kein Arzt während der Geburt anwesend war oder bei denen Instrumente benutzt worden waren."

holzr

Schroeder (*Geburtshülfe;* Berlin, 1886; pag. 213) empfiehlt langsames Durchtretenlassen des Kopfes durch die Schamspalte und Abstreifen des Dammes in der Wehen-Pause, und giebt dann zu, dass bei grossem Kopf und enger Schamspalte diese letztere regelmässig einreisst.

In einer Anmerkung wendet er sich dann gegen die Lehre von Wigand, Mende und Leishman und behauptet, dass sich bedeutende Risse in das Rektum mit grösserer Sicherheit durch Unterstützung des Dammes vermeiden lassen. Bei knieender Stellung der Kreissenden hält er die Unterstützung für unnütz. Auch empfiehlt er in zweifelhaften Fällen Episiotomie mit primärer Vereinigung nach Credé. Statistisch stellt er die Häufigkeit der Damm-Risse bei Mehrgebärenden auf 9 Prozent, bei Erstgebärenden auf 34½ Prozent.

Meigs (*Obstetrics;* Phila., 1849; pag. 239) empfiehlt bei rigidem Damm Venäsektion und Druck mit Handtuch auf den Kopf.

Zweifel (*Operative Geburtshülfe;* Stuttgart, 1882) verwirft irgend welchen Druck auf den Damm und empfiehlt den sogenannten Ritgen'schen Handgriff (zwei Finger im Rektum). Auch erklärt er sich für Episiotomie.

Naegele und Grenser (*Accouchement;* Paris, 1880; pag. 215) empfehlen Seitenlage und Nachvornedrücken des Kopfes durch's Perinäum.

Dr. Clay (*Obstetric Surgery;* 3d London Edition, Phila., 1874) hält Dammrisse in acht aus zehn Fällen für vermeidlich und gebraucht zwei bis drei Finger und ein wenig Schmalz, welches er für ein ausgezeichnetes Substitut des Vaginal-Schleimes hält.

Playfair (*Obstetrics;* edited by Harris, Phila., 1880; pag. 282) empfiehlt Relaxation durch Herunterschieben des Dammes von hinten (anstatt Goodell's Methode, das Perinäum durch's Rektum nach vorne zu ziehen).

Meadows (*Manual of Midwifery;* London, 1876, pp. 189, 190) empfiehlt Dammschutz nur in ausserordentlichen Fällen und dann durch leichten Druck hinten auf den Damm.

Charpentier (edited by Egbert H. Grandin; New York, 1887; pag. 427) räth die Methode Depaul's an. Hierbei wird dem raschen Durchtreten des Kopfes durch Applikation von zwei Fingern der einen Hand an der vorderen und von zwei Fingern der andern Hand an der hinteren Kommissur ein Hinderniss gesetzt.

Aehnlich empfiehlt:

Spiegelberg (*Geburtshülfe;* 1878; Lahr, pag. 187) nur in der Seitenlage; Extension und Zurückhaltung des Kopfes mit beiden Händen (nicht durch den Damm oder Rektum). Mekerttschiauz (*Archiv für Gynäkologie*, No. 26) empfiehlt Relaxation des Dammes in Rückenlage durch Gegeneinanderziehen der Hälften des hintern Dammes mit der einen Hand und der Labien vorne mit der anderen Hand, wodurch zugleich der Durchtritt des Kopfes verzögert wird.

Lassen Sie uns nun für einen Augenblick bedenken, worauf diese Methoden alle hinzielen, um das gewünschte Resultat zu erreichen.

Die Hauptsache ist :

Den Kopf vor zu raschem Durchschneiden zu bewahren und dadurch dem Damm Gelegenheit zu geben sich langsam auszudehnen;

Dem Kopfe Gelegenheit zu geben, sich den Durchmessern des Beckenausganges anzupassen. Durch in die Höheheben des Schädels durch das Rektum, durch die Dammunterlage oder durch direkten Angriff soll ferner das Hinterhaupt möglichst nach vorne gedrängt und der Platz unter dem Schambogen benützt werden und — wenigstens in Rückenlage — das Gewicht des Kopfes vom Damm abgenommen werden.

Einige von unseren Autoren gebrauchen auch das Vorschieben des Dammes oder das Zusammendrängen desselben als Relaxations-Mittel.

Derjenige, welcher behauptet, dass er in seiner Praxis noch keinen Dammriss gehabt habe, hat entweder nur wenige Geburten geleitet, oder er hält sich nicht an die Wahrheit.

Operative Eingriffe irgend welcher Art, schlechte Kindslagen und abnormer Mechanismus; zu grosse Kinder — wegen ihres grösseren Volumens, zu kleine — wegen des raschen Durchschlüpfens; nicht elastische, harte Köpfe; Geburtsverzögerung aus irgend welchem Grunde oder abnorme Geburtsbeschleunigung; schiefe Lagerung der Gebärmutter; zu stark gestrecktes Kreuzbein und dadurch zu früher und starker Druck auf den Damm; zu enger Schambogen und nicht genügender Vortritt des Hinterhauptes; zu enge Scheide, oder zu kurzer oder zu langer, zu breiter oder zu schmaler, zu trockener oder zu ödematöser, zu straffer, zu erschlaffter oder irgendwie erkrankter Damm: — prädisponiren zum Riss. Erstgebärende in höherem Alter — sowohl wegen der verminderten Elastizität, als wegen der grösseren Kinder — dyskrasische Individuen, mit Syphilis etc. behaftet, werden selbst-

verständlich trotz aller Vorsichtsmaassregeln häufiger am Dammriss leiden, als diejenigen, deren erste Schwangerschaft in die beste Periode ihres Lebens fällt, und welche frisch und gesund mit gutem Becken einem Durchtritt des Kindes elastisch bloss so wenig Hindernisse bieten, als es die Natur verlangt.

Wird der Damm nun schon physiologisch bei der Geburt äusserst angespannt, so wird irgend ein Moment, welches die Spannung vergrössernd und bei der Geburt vermieden werden kann, uns vom grösstem Interesse sein.

Zuerst übt die Stellung der Beine einen grossen Einfluss aus: Starke Beugung der Schenkel, starke Abduktion derselben, auch stramme Extension wird immer einen Theil des Dammes strecken. Hierdurch wäre eine Indikation zur Entlastung gegeben.

Gespannt wird nun zweitens der Damm bei Anwendung der Bauch-Presse, indem der Bauchinhalt gegen die Sphinkteren gedrückt wird, in diesem Falle gegen den *Sphincter Cunni.*

Er wird aber drittens bei ganz offenem Genital-Schlauch m einer jeden Wehe gespannt, indem bei jeder Kontraktur der Uterus einen Theil seiner Stütze vom Beckenboden nimmt. Da nun Bauch-Presse und Wehe am Ende der Geburt zusammenfallen, so wird diese Indikation häufig von denen befolgt, welche in der Wehenpause den Damm über das Gesicht streifen und so indirekt Dammschutz erzielen. Für ein leeres Rektum, welches den Damm nicht auftreibt, sorgt die Natur schon selbst; sollte das aber nicht geschehen sein, so ist ein Klysma von nicht zu unterschätzendem Werthe. Die Aufgabe des Dammes, Extension des Kopfes hervorzubringen, bedingt in Rückenlage, dass das Gewicht des Kopfes vom Damme getragen werden muss. Durch Knieellenbogenlage oder Bauchseitenlage würde auch dieser Faktor fortfallen, da der Kopf dem Gesetz der Schwere folgen wird und relative Entspannung eintreten. Auch verhindert die Seitenlage das Mitpressen des Patienten bis zu einem gewissen Grade, begünstigt eine Lage mit leicht angezogenen Schenkeln, lässt uns den Damm frei übersehen, keilt das Kreuzbein nicht ein und erlaubt die Arthrodie der Sacro-Iliacal-Gelenke. Alles dieses sind Kardinalpunkte und werden wohl im Grossen und Ganzen zugegeben werden.

Bei der manuellen Hülfeleistung stossen wir auf die verschiedensten Ansichten. Alle Methoden haben gewisse Nachtheile, welche selbst theilweise von ihren Verfechtern zugegeben werden. Zu allererst öffnet irgend welche Manipulation an der Vulva der Infektion ein Feld; der Druck der Finger auf den Kopf macht häufig Eindrücke, selbst Frakturen des kindlichen Schädels. Die Finger im Rektum oder in der Scheide können Schleimhautverletzungen hervorbringen. Theoretisch ist ferner die Einschiebung eines elastischen Gewebes zwischen zwei ungleiche Widerstände, von denen der eine (die Hand) noch nicht einmal ganz gleichen Druck überall ausübt, nicht von grossem Vortheil für dasselbe. Ausserdem beeinflussen wir den Mechanismus, wie wir glauben zum Vortheil der Wöchnerinnen; aber, Hand auf's Herz, meine Herren Kollegen, glaubt einer, auch der geübteste unter uns, er kann die Extension des Kopfes so beeinflussen, dass sie den in jedem Fall verschiedenen Verhältnissen angepasst ist? Die Einführung der Zange zum Zurückhalten des kindlichen Schädels ist schon als eventuell Infektion verursachend zurückzuweisen. Chloroform kann unter keinen Umständen als absolut ungefährlich in jedem Falle angesehen werden. Episiotomie machen, die Operation der Anfänger, und anstatt einer

oder keiner Wunde deren zwei haben? Also was thun? Die Hände in den Schooss legen und die Natur sorgen lassen? Allerdings ist dies meiner Ansicht nach allem Handauflegen auf den Damm vorzuziehen. Aber wenn wir uns an unsere vorhergegangenen Postulate halten, so zeichnet sich ja der Weg ganz klar vor. Ich lagere die Wöchnerin, sobald der Kopf anfängt, den Damm zu spannen — je nachdem — auf die rechte oder linke Seite mit leicht angezogenen Beinen und verbiete ihr das Mitdrücken während der Wehe, auch durch kräftiges Hinausschreien lassen. Sodann Reinigung des Dammes. Auf den hinteren Theil des Dammes lege ich meine Hand nie zum Schutz desselben, überzeuge mich aber an der vorderen Kommissur, ob das Hinterhaupt gut unter dem Schambogen hervortritt; andern Falles streife ich dieselbe über das Hinterhaupt zurück. Scheint es, als ob der Kopf bei dem Erscheinen an der Vulva auch gleich durchgetrieben wird, versuche ich denselben durch Auflegen der ganzen Hand — nicht der Fingerspitzen — zurückzuhalten und langsamen Durchtritt zu ermöglichen.

Ist der Kopf durchgetreten, so warte ich auf die nächste Wehe, um auch den Durchtritt der Schultern auf der Seite liegend zu gestatten und achte hierbei darauf, dass das vordere Akromion nicht unmittelbar unter den Schambogen fest anliegt und so den Mittelpunkt des Kreissegmentes bildet, welches die hintere Schulter beschreibt, sondern lasse es entweder hinter das Schambein zurücktreten oder zuerst geboren werden, um den gleichzeitigen Durchtritt des grössten Schulterdurchmessers zu verhindern.

Bei Operationen befleissige ich mich der allergrössten, erlaubten Langsamkeit.

Auch noch zwischen den letzten Traktionen öffne ich hie und da das Schloss der Zange, um natürlichere oder vollständigere Rotation zu erlangen, resp. den nachgeahmten künstlichen Geburtsmechanismus durch natürlichen zu ersetzen. Hauptsächlich wird dies verlangt, wenn wir das Unglück haben, die Zange an den tiefstehenden, nach hinten rotirten Kopf anlegen zu müssen. Bei Extraktionen am Beckenende kann man nicht früh genug, sobald der Kopf in das Becken getreten, den Körper des Kindes gut heben, um den Druck auf den Damm zu vermindern. Ebenso muss man bei Extraktionen bei engem Becken, wo Kraft nothwendig ist, darauf achten, dass man, wenn der Widerstand überwunden ist, nicht plötzlich durchrutscht, sodann auch z. B. bei zertrümmertem Schädel grösste Sorgfalt bei langsamem Durchtritt walten zu lassen.

Ist es aber trotzdem, trotz Anwendung dieser oder anderer Dammschutzmethoden, nicht gelungen, den Damm ganz zu erhalten, so ist es unsere Pflicht, der Natur insofern hilfreich zur Seite zu stehen, als wir versuchen, den Riss sobald wie möglich wieder zu vereinigen.

Keinem von uns, die wir die primäre Dammnath empfehlen, wird es einfallen zu leugnen, dass in sehr, sehr vielen Fällen die volle Adaption der Wundränder durch zusammengebundene Kniee der Wöchnerin vollständig genügt, um einen nicht zu tiefen Riss und selbst durchreibende Risse zur Heilung zu bringen, aber auf der anderen Seite wird es uns Niemand verargen, wenn wir genauere Adaption der Wundränder hervorzubringen suchen durch unmittelbar folgende Naht der zerrissenen Theile.

Vom antiseptischen Standpunkte aus ist es in der neueren Zeit sogar absolut geboten, frische Wunden soviel wie möglich durch rasches, genaues Vereinigen, vor irgend welcher Infektion zu schützen.

Auf welche Weise dies meiner Ansicht nach am Leichtesten geschieht, wird meine zweite Aufgabe sein, Ihnen darzulegen.

Ein leichter Riss der hinteren Kommissur wird zu allererst niemals unserer Intervention bedürfen. Erstreckt sich aber der Dammriss bis in die Nähe des Sphinkters, so wird eine Naht absolut geboten erscheinen; diese übliche, kleinere Dammnaht sollte jeder Praktiker augenblicklich auszuführen im Stande sein, um die Frau vor späteren Unbilden zu schützen. Ist dagegen der Riss bis durch den Sphinkter in das Rektum gegangen, so ist dies eine Operation, welche auf andere Weise gemacht werden soll, als wie die ebenerwähnte leichteren Grades.

Die erstere Operation wird am besten vorgenommen, indem man die Patientin mit leicht gleich angezogenen Knieen in die rechte oder linke Seitenlage bringt. Hierdurch wird zuerst erzielt, dass die Patientin nicht sieht wenn der Einstich mit der Nadel gemacht wird, zweitens, dass das dem Muttermunde entströmende Blut nach vorne über das Schambein abfliesst und die Wunde von Blut freilässt. In dieser Weise kann man sich nach leichter Berieselung reine Wundflächen schaffen, und durch ein oder zwei tiefe Stiche Koaptation der Wundränder erzielen. Ich gebrauche zur Naht entweder aseptische Seide oder Silberdraht und eine ganz lange, halbrund gekrümmte Nadel, womöglich mit dreieckiger Spitze. Dieselbe wird einen halben bis drei viertel Zoll vom Wundrande einen Viertelzoll vor dem hinteren Rande der Wunde ein- und an dem korrespondirenden Punkte der anderen Seite ausgestochen. Diese erste Naht ist diejenige, welche die Vereinigung hauptsächlich bedingt. Die nächste, einen halben Zoll vor dieser und vielleicht noch eine dritte oder vierte oberflächliche Naht sind im Interesse glatter und vollständiger Koaptation durchaus nicht zu verachten; aber die erste Naht ist diejenige, welche verhindert, dass eine sekundäre Vernähung von Nöthen ist. Der Stich braucht die Scheidenschleimhaut nicht mit einzuschliessen, lehnt sich aber knapp an dieselbe und geht vorne in der Richtung der Rektumwand in die Höhe. Seide ist vorzuziehen, wenn dieselbe vollständig aseptisch ist, weil die Drahtspitzen hie und da Unannehmlichkeiten verursachen. Silber kann man leicht bei sich tragen und durch Ausglühen in irgend einer Flamme aseptisch machen.

Beim Anziehen der Fäden muss darauf geachtet werden, dass die Theile fest gegeneinander gedrückt sind, da die ödematösen Gewebe abschwellen und dann die Adaption bei nicht fest angezogenen Nähten verloren geht. Zuletzt wird die Wunde äusserlich jodoformisirt und die Patientin mit zusammengebundenen Knieen sich selbst überlassen.

Ist aber der Riss bis durch den Sphinkter gegangen, so kann allerdings ein geübter Operateur auch in Seitenlage mit ganz ähnlichen Stichen Sphinkterende an Sphinkterende, Rektumschleimhaut an Rektumschleimhaut, Scheidenschleimhaut an Scheidenschleimhaut und äussere Haut an äussere Haut koaptiren. Vorzuziehen ist dagegen, wenn zu allererst bei der Patientin, welche für diesen Fall in Steissrückenlage zu bringen und wenn einigermassen nervös zu anästhetisiren ist, nach Einführung eines Tampons zur Vereinigung der Schleimhäute geschritten wird und zwar durch fortlaufende Catgut-Naht vom oberen Ende der Rektumschleimhaut und gleichfalls fortlaufende Naht vom oberen Ende der Vaginalschleimhaut an bis der obere Zipfel der Pyramide einigermässen geschlossen und dann durch Etagennähte die Kloake und durch tiefgreifende Seidennähte die äussere Wunde vereinigt wird.

Wer jemals diese Art der primären Dammvereinigung geübt hat, wird nie davon abgehen. Misserfolge sind so erstaunlich selten, dass man es sich nicht der Mühe verdriessen lassen muss, auch bei der Ermüdung nach Leitung einer Geburt noch die für die Patientin so äusserst wichtige kleine Operation vorzunehmen.

Ist ein sehr grosser Dammriss vorhanden, so sollte beiläufig auch immer auf Scheidenrisse gefahndet werden, um dieselben durch Catgut sofort zu vereinigen.

Nun einen praktischen Wink denjenigen Herren Kollegen, welche wahrscheinlich auch unter uns, wenn auch hoffentlich in der kleinsten Minorität vertreten sind, und welche aus rein praktischen Gründen sich der primären Vereinigung insofern entgegenstellen, als sie behaupten, dass dadurch ihrem Renommé als Geburtshelfer geschadet würde, wenn sie den Dammriss überhaupt zugeben.

Ich habe in meiner Praxis, ausser im ersten halben Jahre, niemals einen Fall dadurch verloren, dass ich der Patientin erklärte, dass ein leichter Einriss vorhanden, der aus Vorsicht durch einen Stich zu vereinigen sei, obgleich derselbe wahrscheinlich auch ohne Operation von selbst heilen würde. Absolut zu verwerfen sind sogenannte intermediäre Operationen, deren ich mich zweier schuldig bekenne, in Konsultationsfällen, von denen keiner heilte, und von denen eine Patientin später, an Manie leidend, zu Grunde ging; Sepsis ist hier sehr zu befürchten.

Ist die Ruptur nicht primär vereinigt, so soll die sekundäre Naht später nach vollendetem Puerperium vorgenommen werden.

Noch einige Worte über die Nachbehandlung. Bei grossen Dammrissen ist darauf zu achten, dass die Patientin regelmässig urinirt, weil häufig Retention eintritt, und ist im gegentheiligen Falle mehrmals zu katheterisiren. Die beste Art der Behandlung des Darms ist wohl die, welche zwischen den beiden Extremen eines täglichen Stuhlgangs und einer längeren Verstopfung das Mittel hält, und welche etwa folgendermassen herbeizuführen ist: Bei streng flüssiger und minimaler Diät der Patientin wird in den ersten 4 Tagen der Stuhlgang weder zurückgehalten, noch durch andere Mittel hervorgerufen, am vierten Tage Rizinus-Oel; nach einer Entleerung werden die Theile ebenso wie nach dem Uriniren durch Berieselung gewaschen. In keinem Falle wird mit Schwamm oder sonstiger Betupfung agirt. Selbstverständlich ist es unter allen Umständen geboten, soviel wie möglich der normalen Involution der Genitalien förderlich zu sein, indem man die Patientin zu längerem Liegen (auf 14 Tage wenigstens), und nach kompletem Riss, auf drei Wochen verurtheilt. Die Nähte sollten nach 8 Tagen entfernt werden.

Wird Jemand den von mir kurz angegebenen Rathschlägen folgen, so bin ich überzeugt, dass er gerade so gute Erfolge erzielen wird und bessere, als er bis jetzt bei einer anderen Methode des Dammschutzes gehabt hat. 105 Seventh St.

Die Bierfrage ist endlich auch als Reichsangelelegenheit behandelt worden; ähnlich wie in Bayern wird jetzt das deutsche Reichsgesundheitsamt den Brauprozess etc. gesetzlich regeln und überwachen.

In Wien wird nun auch für die Einführung eines permanenten Nachtdienstes gearbeitet, wie er zuerst von Dr. Nachtel in Paris eingeführt wurde und wie er in den grösseren amerikanischen Städten bereits besteht.

Ueber Extraktion des Altersstaars ohne Iridektomie.*)

Von Dr. A. Schapringer, New York.

Meine Herren! Die Methode, nach welcher ich die Ihnen in der letzten Sitzung vorgestellten Fälle von Altersstaar operirt habe, nennt man gewöhnlich die „Kataraktextraktion ohne Iridektomie." Diese Bezeichnung entspricht strengeren Anforderungen der Logik insofern nicht, als sie das Hauptgewicht auf ein negatives Merkmal, die Unterlassung der Ausschneidung der Iris, legt. Um einem derartigen pedantischen Einwurf zu begegnen, könnte man den Ausdruck „Extraktion des Staars durch die natürliche Pupille" gebrauchen; in Bezug auf Deutlichkeit wäre diese Bezeichnung der ersteren jedoch nicht überlegen.

In Artikeln aus französischer Feder wird von dieser Methode häufig als der „französischen" gesprochen, besonders wenn es gilt, dieselbe als schönere Resultate liefernd, schonender und im Ganzen und Grossen fortschrittlicher der das Auge rücksichtslos verstümmelnden, modifizirten Linearextraktion nach von Gräfe, als der „deutschen" Methode, welche für die Rumpelkammer reif sei, mit patriotischer Genugthuung gegenüberzustellen.

Es ist gewiss auffallend, ja befremdend, dass es gerade Frankreich ist, also derjenige Boden, wo die Grundsätze und die Praxis der chirurgischen Antisepsis so unverhältnissmässig lange um Anerkennung zu kämpfen hatten, auf welchem die aus diesem neuen Evangelium mit Rücksicht auf die Kataraktoperation fliessenden Konsequenzen am beharrlichsten gezogen worden sind. Denn ohne antiseptischen Glauben und dem daraus entspringenden Vertrauen, und ohne antiseptisches Walten wäre die Entwickelung dieser neuesten Phase der wichtigsten Operation am Augapfel nicht denkbar.

An dieser Entwickelung haben eine ganze Anzahl bekannter Operateure zu gleicher Zeit gearbeitet — vorzüglich Panas, Wecker und Galezowski in Paris — und es ist desshalb unthunlich, die Methode mit dem Namen irgend eines einzelnen Mannes, der sich um dieselbe Verdienste erworben hat, zu verknüpfen. Diese Bezeichnungsweise ist jedoch eine so bequeme, dass man französischerseits darauf verfallen ist, auf den Erzvater aller Extraktionsverfahren, Jacques Daviel, der um die Mitte des vorigen Jahrhunderts florirte, zurückzugreifen und die „Wiedererstehung der Daviel'schen Methode" zu feiern. Hiegegen ist zu erinnern, dass Daviel's unvergängliches Verdienst darin besteht, dass er die vollständige Entfernung der getrübten Linsensubstanz aus dem Augeninnern als unerlässliche Bedingung der Heilung derjenigen Staarformen, für welche man den Altersstaar als Typus hinstellen kann, als Grundsatz aufstellte. Auf diesem Grundsatz fusst nun jedes Extraktionsverfahren, also auch das von Gräfe'sche, und wird jedes Verfahren fussen, bis man etwa eine Methode entdecken wird, das dem Eindringen der Lichtstrahlen entgegenstehende Hinderniss an Ort und Stelle unschädlich zu machen, etwa dadurch, dass man die getrübte Linsensubstanz auf dem Wege der Elektrolyse oder durch Einwirkung medikamentöser Substanzen aufhellt, was aber jetzt noch in das Bereich der Utopien gehört. Wie sich die ursprünglich von Daviel befolgte Methode zu der jetzt gebräuchlichen verhält, will ich später auseinandersetzen.

*) Nach einem Vortrage, gehalten in der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft Deutscher Aerzte von New York und Umgegend*, am 5. Dezember 1887, und anknüpfend an eine Vorstellung ohne Iridektomie geheilter Staarpatienten in der letztvorhergegangenen (November-) Sitzung der Gesellschaft.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass der bei den Franzosen so besonders ausgebildete ästhetische Formensinn den gerade in der Hauptstadt dieser Nation mit so grosser Beharrlichkeit und entsprechendem Erfolg durchgeführten Bestrebungen zur Verbesserung des kosmetischen Effekts dieser Operation zu Grunde liegt. Dass mehrere von den bei diesen Bestrebungen betheiligten Augenärzten nicht französischer Abkunft sind, thut diesem Eindruck keinen Abbruch, da Letztere seit langer Zeit in französischer Umgebung leben und wirken.

Die mit Iridektomie verbundene Entfernung des Staars, also die nach von Gräfe benannte Methode, hat zwei wichtige Vortheile, auf welche diejenigen Operateure mit Nachdruck hinweisen, welche sich durch die glänzenden Resultate der Anhänger der neuen Methode nicht bestechen lassen:

1. Die Vermeidung des Irisvorfalles und deren mehr oder minder unheilvollen Konsequenzen, und

2. Die Leichtigkeit der Entfernung von zurückbleibenden Kortikalresten nach Austritt der Hauptmasse des Staars. Werden diese Reste unvollkommen entfernt, so setzt es einen dichten Nachstaar, dem nicht in zufriedenstellender Weise beizukommen ist; es kann aber auch zu langwierigen Reizzuständen der innern Häute des Augapfels kommen, welche den primär erzielten Erfolg vollständig vereiteln.

Auf welche Weise man nun bestrebt ist, diese hinderlichen Punkte bei der Operation mit Intakterhaltung der Iris zu bekämpfen, wird ersichtlich, wenn ich Ihnen das Vorgehen bei einer typischen Operation dieser Art beschreibe.

Wir nehmen an, es handle sich um einen vollkommen reifen, unkomplizirten Altersstaar. Nach Reinigung und Desinfektion der Lider, des Bindehautsacks und der Umgebung des Auges und Einträufelung einer Cocainlösung wird, sobald die anästhesirende Wirkung dieses Mittels eingetreten ist, der Sperrelevateur eingelegt, der Bulbus mittelst einer Pinzette gefasst und der Hornhautschnitt gemacht. Man thut am besten, den Schnitt nach oben anzulegen, da man immerhin auf gewisse Unfälle gefasst sein muss, nach deren Eintreffen die spätere Bedeckung des Operationsfeldes durch das obere Lid von Vortheil ist. Insbesondere kann die Iridektomie, die man zu vermeiden beabsichtigt, trotz alledem nothwendig werden, und hat man den Schnitt nach unten angelegt, so kann das untere Lid das Kolobom nicht neutralisiren und das Auge vor Blendung schützen. Der Schnitt wird in der Hornhaut ausgeführt und ein Lappen gebildet, dessen Länge und Höhe theils von der abgeschätzten Grösse des harten Kerns und theils von der individuellen Vorliebe des betreffenden Operateurs abhängt. Von der ursprünglichen extrem peripheren Lage des Hornhautschnittes sind auch die Anhänger des unverkürzten von Gräfe'schen Verfahrens seit längerer Zeit abgekommen, weil man — offenbar mit Recht — das hie und da nach missglückter Operation erfolgende Auftreten von sympathischer Ophthalmie im andern Auge mit der zu grossen Nähe des Schnittes zum Ciliarkörper in Verbindung brachte. Eine grössere Distanz der Schnittöffnung von der Insertionslinie der Iris hat auch einen Vortheil, der speziell für unsere Zwecke in Betracht kommt, nämlich den, dass er einen Vorfall der Regenbogenhaut weniger begünstigt.

Zur Ausführung dieses Operationsaktes eignet sich das von Gräfe'sche Schmalmesser — „das Einzige, was von der von Gräfe'schen Methode übrig geblieben ist," wie sich von Wecker ausdrückt — wegen der Freiheit der Manipulation, welche seine Form gewährt, was be-

sonders bei enger vorderer Kammer in Betracht kommt, wohl am besten. Es ist auch von beachtenswerther Seite vorgeschlagen worden, zur Beer'schen dreieckigen (uneigentlich „keilförmigen") Gestalt des Messers zurückzukehren, aber mit beträchtlich verminderter Breite, da doch heute Niemand mehr einen Lappen von der beträchtlichen Grösse bildet, für welche das ursprüngliche Beer'sche Messer gebaut wurde. Man hat sich jedoch im Allgemeinen nicht veranlasst gefunden, das von Gräfe'sche Staarmesser zu verlassen.

Wenn während dieses ersten Tempo's der Operation die Iris vor das Messer fallen sollte, so wäre die Schonung dieses Organs nicht mehr möglich, denn man könnte dann den Schnitt nur vollenden, indem man die Iris mit durchschnitte. Es tritt dieser Unfall offenbar nur dann ein, wenn das Kammerwasser vorzeitig abfliesst, und um dies zu vermeiden, hat man seine Schritte sorgfältig so einzurichten, dass es nicht nothwendig wird, das stetige Vordringen des Messers zwischen der Punktion und der Kontrapunktion zu unterbrechen, um zur Korrektur irgend eines begangenen Fehlers mit demselben frisch auszuholen. Ich würde jedoch deshalb es nicht als Regel aufstellen wollen, dass der Hornhautschnitt r a s c h ausgeführt werde, denn das Bestreben einer nicht vollendet kunstgeübten Hand, einer solchen Regel nachzukommen, könnte missliche Folgen der verschiedensten Art nach sich ziehen. Ich würde im Gegentheil eher rathen, beim Ausschneiden des Lappens so langsam wie möglich vorzugehen, damit das Kammerwasser nur allmälig abfliesse und die *Zonula*, auf deren verminderte Resistenzfähigkeit man immer gefasst sein muss, nicht in Folge des plötzlich verminderten Druckes einreisse und Glaskörpervorfall eintrete.

Der nächste Schritt ist die Eröffnung der vorderen Linsenkapsel, welches Manöver, wenn man sich des Cystitoms bedienen will, so ausgeführt wird wie bei der von Gräfe'schen Extraktion, nur dass das zur Verfügung stehende Areal ein geringeres ist. Die Form des Kapselschlitzes, ob rechtwinkelig oder dreieckig, hängt von der Vorliebe des Operateurs ab. Galezowski und einige Andere eröffnen die Kapsel mit der Spitze des von Gräfe'schen Messers während des ersten Aktes vor der Kontrapunktion. Mir geht jede Erfahrung über dieses Virtuosenstück ab. In letzterer Zeit ist auch die Ausreissung eines Stückes der vorderen Kapsel mittelst der Förster'schen Kapselpinzette stark in Aufschwung gekommen.

Ist die Kapsel ergiebig genug eröffnet, so entfernt man die Fixationspinzette und schreitet zur Expression des Linseninhalts. Da die Bahn für den Austritt des Staars hier nicht so frei ist, als wenn man die Iridektomie macht, so liegt die Gefahr näher, dass man durch zu grossen Druck Glaskörpervorfall bewirkt und deshalb ist hierbei höchst feinfühliges Vorgehen unerlässlich. Ist der Sphinkter iridis unnachgiebig, so wende man ja nicht zu viel Druck an, um den Staar durch die Pupille zu zwängen, sondern mache lieber die Iridektomie. Sind nach Austritt der Hauptmasse des Staars noch Reste desselben zurückgeblieben, so trachtet man dieselben durch Streichen der Kornea mittelst eines Kautschukspatels oder eines Daviel'schen Löffels herauszubefördern. Dass dies bei unserem Verfahren eine unverhältnissmässig schwierigere Aufgabe ist als bei dem mit Iridektomie kombinirten, liegt auf der Hand. Will man die nach fortgesetztem Streichen der Hornhaut etwa noch zurückbleibenden Staarreste gründlich entfernen, so führt man die Ausspülung der vorderen Kammer und des Kapselsackes mittelst einer Spritze von geeigneten Dimensionen aus, welche man mit

einer nicht zu starken antiseptischen, oder einer blos aseptischen Flüssigkeit gefüllt hat.

Die antiseptische Dreistigkeit dieses Eingriffs giebt dem ganzen Verfahren seine charakteristisch moderne Signatur.

Mit der Absicht, die Adhäsion der Kortikalschicht an die Innenfläche der Linsenkapsel möglichst zu verringern, habe ich in dem zuletzt von mir operirten Fall nach Beendigung des Schnittes und vor Einführung des Cystotoms die Kornea mittelst eines Schielhakens, dessen Knie ich auf dieselbe andrückte, frottirt. Es ist dies dasselbe Vorgehen, wie man es nach Förster anwendet, um unreife Staare zur Reife zu bringen, nur dass man nach Förster die Iridektomie damit verknüpft und die eigentliche Extraktion erst einige Wochen später ausführt. In dem erwähnten Falle war die vordere *Corticalis* noch durchscheinend. Da der Staar sonst völlig reif war und die Patientin gewisser Familienverhältnisse halber auf baldige Ausführung der Operation drang, verfiel ich auf den Gedanken, die Massage der Linse mit der Extraktion zu kombiniren. Die Staarmasse trat auffallend leicht und vollständig aus der Wunde. Es wäre verfrüht, wollte ich aus einem einzelnen Fall allgemeine Schlussfolgerungen ziehen, doch habe ich vor, künftighin bei jeder Staarextraktion die Massage der Linse auch bei vollständig trüber *Corticalis* der Capsulotomie voranzuschicken.

Nach Vollendung des Hauptaktes der Operation findet man gewöhnlich den oberen Theil der Regenbogenhaut in grösserer oder geringerer Ausdehnung in der Wunde oder durch dieselbe vorgefallen. Die „*bête noire* der Kataraktextraktion," wie Critchett der Aeltere den Irisvorfall geistreich benannte, wird dem Operateur immer mehr oder minder zu schaffen geben. Man sucht durch Streichen der Hornhaut oder durch direkten Druck auf den Vorfall mittelst eines Spatels ihn zu reduziren und der Pupille zu ihrer runden Form und zentralen Lage zu verhelfen. Verhält sich der Vorfall rebellisch, so bleibt nichts übrig als ihn mit der Scheere abzutragen. Man braucht jedoch nicht streng darauf zu bestehen, dass die Pupille vor Anlegung des Verbandes absolut kreisrund sei. Ist nur die Vorderfläche der Iris gegen die Wunde gedrängt, der Sphinkter jedoch noch in der vordern Kammer, so kann man ruhig darauf rechnen, dass nach Einträufelung von Eserin, welches bekanntlich die Wirkung hat, die Pupille zu kontrahiren, die normale Gestalt derselben sich unter dem Verband wieder herstellen werde.

Die Einträufelung von Eserin macht man wohl am besten methodisch, auch in den Fällen, wo die Pupille unmittelbar nach der Operation eine zufriedenstellende Gestalt zeigt, um eine etwaige Tendenz zum Vorfall im Verlauf der Nachbehandlung so weit als möglich zu bekämpfen. Es ist trotzdem häufig genug vorgekommen, dass die Iridektomie als Akt der Nachbehandlung ausgeführt werden musste.

Manche Operateure fangen mit der Eserin-Einträufelung unmittelbar vor Ausführung des Hornhautschnittes an oder führen gar nach Beendigung der Toilette der vordern Kammer einige Tropfen dieser Lösung in das Augeninnere ein. Um der Wirkung dieses Medikamentes sicherer zu sein, pflegt man auch den Verbandstoff mit Eserinlösung zu durchfeuchten oder mit einer Eserinsalbe einzufetten.

Inwiefern das vor dem Anfang der Operation eingeträufelte Cocain dadurch, dass es den intraokularen Druck herabsetzt, die Tendenz zum Irisvorfall im Verlauf der Operation auf gleichsam passive Weise zu bekämpfen hilft, will ich unerörtert lassen.

So viel in kurzem Umriss über die Technik der Operation. Vergleichen

wir sie einen Augenblick mit der Technik Daviel's. Dieser verdiente Reformator führte eine Nadel zwischen Mitte und Peripherie der Hornhaut in die vordere Kammer ein, entfernte sie wieder, wobei das Kammerwasser abfloss, führte dann in die gemachte Oeffnung wieder ein Stilett ein und erweiterte durch drehende Bewegungen derselben die gemachte Punktionsöffnung. Nun führte er durch diese Oeffnung die eine Branche einer eigenthümlich gekrümmten Scheere ein, um damit die Hornhaut nach einer Richtung hin zu durchschneiden. Um sie auch nach der andern Richtung einzuschneiden und die Oeffnung gross genug zu erhalten, griff er nun nach einer zweiten Scheere mit entgegengesetzter Krümmung. Der Staar wurde hierauf nach Eröffnung der Kapsel mittelst eines Löffels in des Wortes eigentlichster Bedeutung extrahirt.

Vergleicht man dieses in moderner Zeit ganz ungeheuerlich klingende Vorgehen mit der früher beschriebenen Technik, welche mit Cocain, Sperrelevateur, Fixationspincette, Schmalmesser, Irrigationsspritze und antiseptischer Vorsicht arbeitet, so muss man zugeben, dass es nur historische Verwirrung anstiften heisst, wenn man die moderne Operation der Staarextraction ohne Iridektomie die „Daviel'sche" nennt.

Es ergiebt sich von selbst, dass bei manchen Formen von komplizirtem Staar man von vornherein nicht an ein Umgehen der Iridektomie denken wird, z. B. wenn ausgebreitete hintere Synechien vorhanden sind. Da man aber auch bei einfach scheinenden Fällen immer auf Zufälle gefasst sein muss, welche das Ausschneiden eines Stückes der Regenbogenhaut nothwendig machen können, so sollte man eigentlich nicht von einer „Extraktionsmethode ohne Iridektomie," sondern von einer „Extraktionsmethode mit thunlichster Vermeidung der Iridektomie" sprechen.

Ausser dem unanfechtbar besser kosmetischen Resultat vindizirt man dieser Methode auch die Erzielung durchschnittlich grösserer Schärfe, weil hiebei die optisch weniger zweckdienlich gekrümmte periphere Hornhautpartie von störender Betheiligung an der Brechung der Lichtstrahlen ausgeschlossen bleibt. Es ist jedoch gegen diese Annahme schon Widerspruch erhoben worden und ist desshalb die Veröffentlichung eines grössern statistischen Materials abzuwarten, nach dessen Vergleichung man erst hierüber eine Entscheidung fällen kann. An den betreffenden statistischen Tabellen werden die Staare verschiedener Konsistenz gesondert zusammengestellt werden müssen, wenn man anders aus dem Vergleich der Zahlen einen vollgültigen Schluss ziehen soll.

In Deutschland hat die Methode noch nicht viele Anhänger gefunden, was mancher vielleicht mit dem chauvinistischen Styl gewisser französischer Veröffentlichungen über diesen Gegenstand in Zusammenhang bringen wird. Ich habe bisher in der Journalliteratur nur zwei Mittheilungen von Berliner Fachgenossen über diesen Gegenstand angetroffen, in welchen sie ihre Erfahrungen mit der neuen Methode in gleichsam verschämter Weise mittheilen. Ich hege aber keinen Zweifel, dass in nicht langer Zeit die Vorurtheilslosen unter den deutschen Ophthalmologen ihre Zurückhaltung aufgeben und die Sache einer ausgedehnten Prüfung unterziehen werden. Mehren sich doch schon die Stimmen, welche die lange als unumstössliche Wahrheit angesehene Annahme, als trüge die Iridektomie zur Verhütung der Iritis nach Staarextraktion bei, als irrig verkünden.

Ueber die Ausführbarkeit des Verfahrens bei anderen Formen als

dem gewöhnlichen unkomplizirten senilen Staar will ich mich heute nicht auslassen. Ich bin der Ueberzeugung, dass die Methode ohne Iridektomie bei dieser letztern Form immer ausgeführt oder wenigstens angestrebt werden sollte. Es fällt dadurch, wenn man von der Bildung eines Konjunktivallappens nach Durchschneidung der Hornhaut absieht, der einzige blutige Akt der Operation fort. Ausserdem involvirt dieser Akt bei ungenügender Selbstbeherrschung des Patienten und mangelnder Verlässlichkeit des die Fixationspinzette handhabenden Assistenten nicht zu unterschätzende Gefahren, und jeder Operateur sollte eine Methode vorziehen und einüben, welche ihn von den letztgenannten beiden Faktoren unabhängig macht.

Gynäkologische Studien.*)

Von Dr. M. Grechen in Luxemburg.

Den Ausführungen Schramm's, Schröder's u. A. gegenüber definirte Hegar seinen Standpunkt während einer Diskussion über die Zulässigkeit der Kastration folgendermassen (*Centralblatt f. Gynäk.*, 1886, 46). „Er muss gegen zwei Missverständnisse Einsprache erheben. Er hat die Kastration, bei welcher gesunde Eierstöcke wegen Neurosen weggenommen werden, nie verworfen, sondern nur die Gegenwart einer mit der Neurose in kausalem Zusammenhange stehenden pathologischen Veränderung eines Sexualorgans als Voraussetzung verlangt. Ausserdem hat er die Kastration bei ganz gesundem Genitalapparat nicht absolut verworfen, sondern nur gesagt, dass bei dem jetzigen Stande unseres Wissens Anzeigen derart nicht begründet werden können. Er hat sogar auf die Mittel und Wege hingewiesen, auf welchen man zur Begründung solcher Indikationen gelangen könne. Sicher sei, dass hochgradige, das Leben verbitternde nervöse Beschwerden als Folge von Sexualerkrankungen auftreten. Heilung durch Kastration sei möglich, auch bei Uterinerkrankungen, sobald durch die Operation diese beseitigt werden. Die kleincystische Degeneration der Eierstöcke sei noch wenig bekannt, ihre Ursachen verschiedenartig, ihre Symptome qualitativ und quantitativ wechselnd. Uebermässige geschlechtliche Reizung, besonders solche ohne rechte Befriedigung, führe zu exzessiver Ovulation, exzessiver Entwicklung zahlreicher Follikel und Störungen in der Rückbildung derselben. Hiernach seien dann hochgradig nervöse Erscheinungen bis zur Hystero-epilepsie und beginnender Psychose zu beobachten. Die Begründung einer Indikation auf den Zusammenhang einer Neurose mit einer Funktion des Genitalapparates sei sehr schwierig, sobald dieser intakt ist. Der kausale Einfluss von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist zwar unbestreitbar, aber es stören oft andere Momente, Erblichkeit, Gemüthsaffekte u. dgl. die Klarheit der Deduktion. Noch schwieriger ist das Urtheil bei den sogenannten Menstruationsneurosen. Sollte in einem Falle von ganz gesundem Genitalapparat die Menstruation als alleinige oder wichtigste Ursache einer grossen Neurose nachzuweisen sein, — ihm sei das bisher noch in keinem Falle gelungen —, so würde er die Indikation zur Kastration anerkennen. Die Begründung einer Indikation auf den Einfluss des Klimax, auf den Organismus und das Nervensystem im Allgemeinen sei noch schwieriger; dieser Einfluss des

*) Aus dem "Frauenarzt"; Novbr. 1887.

natürlichen Klimax auf bestehende Neurosen und Psychosen sei uns in seinen Bedingungen, weshalb bald günstig, bald ungünstig, nicht bekannt; deshalb sei hiermit meist auch weiter nichts anzufangen."

Zu Anfang meiner gynäkologischen Thätigkeit stand ich noch ganz unter der Macht der Hegar'schen Lehren, als mir zwei Fälle zur Beobachtung kamen, welche ich heute bereue nicht kastrirt zu haben. Aber da an dem Sexualschlauch absolut nichts Abnormes nachweisbar war, konnte ich mich zur Ausführung der Operation nicht entschliessen.

Der erste Fall (Frl. M. G. aus H.) betraf ein 23jähriges Mädchen wohlhabender Eltern, in deren Familie keine nervösen Störungen vorgekommen waren. Das Mädchen war als Kind körperlich und geistig aussergewöhnlich vorgeschritten, hatte mit 11 Jahren einen schönen Körperbau, vorragende Brüste, prachtvolles kastanienbraunes Haar; mit 11½ Jahren ward sie ohne Beschwerden menstruirt; kurz nachher ward sie von ihrem Schullehrer zu den abscheulichsten geschlechtlichen Ausschweifungen verführt, und trieben die Beiden ihre Laster während zweieinhalb Jahren weiter; nach den mir gewordenen Geständnissen ist es mir wahrscheinlich erschienen, dass sie in ihrem 13. Lebensjahre schwanger ward und im 2. Monate abortirte. Dann kam ihr Verführer fort; sie blieb allein und ergab sich der Masturbation in zügellosem Maasse. Dabei verschwand immer mehr ihre körperliche Fülle und Schönheit, sie ward welk und erschöpft an Geist und Körper, und bald zeigte sich das ganze trostlose Heer der hysterischen Störungen. Sie blieb monatelang zu Bette liegen, ohne zu sprechen und zu essen; andere Male heulte sie laut auf und erging sich in Lamentationen ob ihres sündhaften Lebens und sprach von ewiger Verdammniss, und ähnliche Erscheinungen mehr. Den Eltern und Angehörigen war das Geheimniss des Leidens unbekannt geblieben; man hatte die verschiedenstent herapeutischen Kuren eingeleitet, Patientin hatte das Brom pfundweise verzehrt; alles umsonst.

Als ich die Patientin sah, hatte sie seit sechs Monaten das Bett nicht mehr verlassen und seit drei Monaten kein Wort mehr gesprochen. Was sie sagen wollte, schrieb sie in schöner klarer Schrift auf eine Schiefertafel. Die Vorhänge des Bettes waren vorgezogen, denn das Tageslicht genügte, um bei ihr Krampfanfälle hervorzurufen. Man konnte sie nicht herausheben, um das Bett zu machen, denn so wie man sie anrührte, schrie sie auf vor Schmerzen in der Lenden- und Unterleibsgegend.

So lag sie da, ein Bild des Elends, in einem schmutzigen, übelriechenden Bette, mit verlebten todten Zügen; sämmtliche Organe waren normal; bei Druck in die Eierstocksgegend, besonders links, verfiel sie in heftige Krämpfe, während welcher sie laut aufschrie vor Schmerz. Dieselbe Erscheinung zeigte sich bei Einführung des Fingers in die Vagina. Der Uterus etwas geschwellt, antevertirt. Regeln sind seit zwei Monaten ausgeblieben. Die Eierstöcke erschienen normal.

Ein Kollege, der sie vor mir behandelt, hatte ihr mitgetheilt, dass sie durch die Kastration könnte geheilt werden, und hatte sie über den Zweck und die Folgen der Operation belehrt. Ich wurde eigentlich zu diesem Zwecke zu ihr gerufen, und zie hatte mit Sehnsucht meinen Besuch erwartet. Als ich ihr mittheilte, dass auch ich diese Hoffnung hegte, glitt ein trübes Lächeln über die welken Züge; in dem jeder Energie beraubten und jeder Willensäusserung baren Gehirne flackerte noch dieser letzte Hoffnungsstrahl.

Die Patientin hörte mir vernünftig zu und gab Zeichen vol kommenen Verständnisses. Aber zum Sprechen war sie nicht zu bewegen; sie schrieb ihre Antworten nieder, und als wir einen Augenblick allein waren, suchte sie unter den Leintüchern ihres Bettes und brachte einen mit Bleistift beschriebenen Zettel hervor, welchen sie mir heimlich überreichte und welcher die ganze Geschichte ihrer Verführung und ihrer Leiden enthielt. Sie hatte denselben in den vorigen Nächten, als die andern schliefen, geschrieben. Die Schrift war schön, regelmässig und deutlich, die Gedanken richtig geordnet, orthographisch und syntaktisch fehlerlos. Es waren drei grosse Bogen, welche ausser den Geständnissen noch Betrachtungen über die ewige Verdammniss, Furcht vor Gottes Strafe, enthielten. Die letzten Worte lauteten: „Und nun, Herr Doktor, heilen Sie meinen Körper, damit ich meine Seele retten kann vor den Qualen der Hölle."

Ich glaubte mich berechtigt, der Familie die Kastration vorzuschlagen, was auch angenommen wurde. Die Patientin aber wohnte weit von mir weg und war in dem Augenblicke infolge der langen Abstinenz so armselig, dass sie weder zu mir gebracht noch überhaupt operirt werden konnte. Ich empfahl deshalb zur Vorbereitung während 14 Tagen lauwarme Vollbäder und kräftigende Diät. Patientin, welche sich bis dahin nicht anrühren liess, willigte gerne ein und liess sich am nächsten Tage schon in's Bad legen und ass und trank nach meinen Vorschriften. Am 10. Tage aber erkrankte sie plötzlich an den Erscheinungen einer linksseitigen Pneumonie, und diese operirte radikal, denn das unglückliche Wesen erlag derselben am vierten Krankheitstage.

Der zweite Fall (Frau Marie H. aus Dm.) betrifft eine 43jährige Dame, welche, wahrscheinlich infolge langjähriger ehelicher Zerwürfnisse, an den Erscheinungen schwerer Hysterie mit zeitweiligem hysterischen Irresein und hysteroepileptischen Krämpfen leidet. Auch sie verlangte sehnsüchtig nach einer Operation, ohne dass sie eigentlich wusste, um was es sich denn handeln würde. Die durch viele vorausgehenden Geburten bewirkte Erschlaffung der Bauchdecken gestattet eine vollkommene gynäkologische Untersuchung und leichte Abtastung der Ovarien. Uterus etwas vergrössert und empfindlich, leicht beweglich, retroflektirt. Die Eierstöcke erscheinen vollkommen normal, aber sehr hyperästhetisch: bei Druck auf dieselben verfällt Patientin in einen Krampfanfall, der sich gelegentlich bis zum Opisthotonus steigert. Die ganze linke Körperhälfte ist anästhetisch: eingestochene Nadeln, Elektrizität, Kälte und Hitze werden nicht empfunden. — Die Menses sind normal, nur etwas profus. — Patientin ist körperlich und geistig invalid und verbringt die meiste Zeit im Bette zu.

Ich überlegte es mir lange, ob ich der Frau die Kastration sollte vorschlagen. Aber einerseits die Lehren Hegar's, anderseits der Umstand, dass die Patientin der Menopause nicht mehr ferne stand, liessen mich die Operation ablehnen. Ich bedauere heute, dieselbe nicht gemacht zu haben. —

Gegenwärtig steht bei mir eine Dame (Frl. M. K. aus L.) in Behandlung, bei welcher voraussichtlich die Krankheitserscheinungen eine ähnliche Entwicklung nehmen werden. Die 29jährige Jungfrau stammt aus einer nervös belasteten Familie, und ein Bruder derselben bietet die Anzeichen einer beginnenden progressiven Paralyse. Die Patientin masturbirt seit ihrem 17. Lebensjahre, wozu sie damals zum erstenmale in einem französischen Mädchenpensionate verleitet wurde.

Seither war ihr ganzes Sinnen und Trachten nur mehr darauf gerichtet, sich an den Mann zu bringen. Durch unerwartete Zerrüttung der Vermögensverhältnisse ward eine projektirte Heirath zunichte, und seither entwickelten sich bei der Patientin verschiedene nervöse Störungen mit hysterischem Charakter. Sie ist mit dem Leben, ihrer Umgebung, kurzum mit Allem unzufrieden, bildet sich die verschiedensten Krankheiten ein, befasst sich mit keiner ordentlichen Arbeit, geht erst gegen 2 Uhr Morgens zu Bette und bleibt liegen bis zum folgenden Mittag. Sie verachtet zeitweise die Regeln des gesellschaftlichen Anstandes und geht Nachts ohne Begleitung stundenlang in den Strassen herum. Oft kommt es bei den geringsten Anlässen, worüber sich selbst empfindliche Menschen nur wenig ärgerten, zu förmlichen Tobsuchtsanfällen, wobei sie schreit, Gegenstände zerbricht, ihre Mutter schlägt u. dgl. m. Diese Erscheinungen wechseln ab mit Launen dummer Bigotterie, und bei all' dem masturbirt sie fleissig. Auch zeigt sie verschiedene Abnormitäten des Geschmackssinnes, isst mit Vorliebe Mehl, Kaffeebohnen und Erde. — In Gegenwart von fremden Menschen aber benimmt sie sich ganz vernünftig, ihre Unterhaltung lässt nichts zu wünschen übrig und es würde wohl kaum Jemand ahnen, welche Abnormitäten sich gelegentlich bei ihr abspielen.

Die wiederholte Untersuchung ergab keine krankhafte Veränderung irgend eines Organs. Die Schamlippen sind geröthet und empfindlich; leichter Fluor albus; Uterus gerade, nicht geschwellt, beweglich; Eierstöcke normal, aber empfindlich bei Gegendruck von den Bauchdecken her.

Es ist nun offenbar, dass die hereditäre Belastung in der Entwicklung dieses Krankheitsbildes von grosser Bedeutung ist; aber nicht minder offenbar, dass die Reizungen von Seiten des Geschlechtssinnes dabei eine hervorragende Rolle spielen. Die langjährige Masturbation mit ihren Folgen der Erschöpfung, Abspannung und geistigen Impotenz, sowie die ungestillte Sehnsucht nach den ehelichen Genüssen (die man sich ja um so schöner ausmalt, je weniger man sie kennt), all' diese Aufregungen und Erschütterungen in einer hereditär belasteten Psyche, welcher die Energie fehlt, ihre Spannungskräfte in einer sonstigen ernsten Arbeit zu verwerthen, reichen wohl vollkommen hin, einen ähnlichen krankhaften Geisteszustand zu bewirken. Von den zwei vorliegenden Faktoren: erbliche Belastung und abnorme Sexualreizungen, hätte wohl einer an und für sich allein das seelische Gleichgewicht nicht zu erschüttern vermocht. In ihrem Zusammenwirken aber wurden sie verhängnissvoll. — Ich setze den Fall, unsere Patientin wäre nie mit der Onanie vertraut geworden, sie hätte eine sorgfältig geleitete Erziehung genossen, sich mit 23 Jahren glücklich verheirathet und seither 2 bis 3 Kinder geboren, deren Erziehung sie sich gewidmet; ich bin sicher, sie hätte all die nervösen Störungen, an denen sie heute laborirt, nie gekannt und könnte glückliche Gattin und Mutter sein. Ob man auch noch heute durch eine glückliche Heirath dasselbe Resultat erreichen könnte, ist mir wenigstens zweifelhaft.

In solchen Fällen aber drängt sich einem unwillkürlich die Reflexion auf, ob es nicht gelänge, durch Ausschaltung der Genitalfunktionen die stetig krankhaft gereizte Psyche soweit zu beruhigen, dass sie wieder normal funktionirt, und so entwickelt sich beim Arzte nach und nach der Gedanke an die Kastration. Im vorliegenden Falle aber will ich die Idee dieser Operation noch nicht weiter durchdenken; vielleicht könnte ja bei einer guten Heirath noch vieles besser werden und zudem

ist die Patientin noch so jung, dass man doch zögert, eine solche wichtige Funktion ganz zu zerstören.

Eine letzte bedeutende Arbeit aus jüngster Zeit über die Kastrationsfrage hat L Prochownick (Hamburg) im *Archiv für Gynäkologie* (Band XXIX. Heft 2) veröffentlicht. Dieselbe wurde im Maihefte unserer Zeitschrift von anderer Seite eingehend besprochen, weshalb ich hier nicht weiter darauf eingehe.

In den vorjährigen Heften des *„Frauenarzt"* hat Herr Kollege Uberer recht schöne Erörterungen und Beobachtungen über den Zusammenhang von funktionellen Neurosen und Genitalleiden gegeben, und kann ich mich dem dort Gesagten vollkommen anschliessen. Ich habe recht viele solcher Fälle beobachtet, wo eine hartnäckige Neurose, nach vergeblicher anderweitiger Behandlung, durch Ausheilung eines zugleich bestehenden Genitalleidens geheilt, oder doch wesentlich gebessert wurde. Doch wird durch die detaillirte Anführung dieser Krankengeschichten nichts Neues mehr geboten. Die meisten Fälle betreffen, nach meinen Erfahrungen, das Gebiet der nervösen Dyspepsie mit ihren Folgeerscheinungen, Anorexie, Flatulenz, Obstipation, Schwindel, Kopfweh, Blutarmuth, Kräfteverfall. Mit der gynäkologischen Behandlung aber verband ich jedesmal die sorgfältigste Berücksichtigung aller Krankheitserscheinungen von Seiten der anderen Organe und habe so manchen schönen Erfolg erzielt Eines der auffallendsten Beispiele war ein 26jähriges Mädchen, welches seit 2 Jahren infolge gemüthlicher Verstimmung an heftigem Schluckkrampf litt, so dass sie nur flüssige Speisen hinunterschlucken konnte; alle festen Nährstoffe wurden wieder herausgewürgt, ehe sie in den Magen kamen.

Es bestand dabei leichter Magenkatarrh und eine am Orificium externum uteri ulzerirende Endometritis mit stark ätzendem Fluor albus. Ich heilte das gynäkologische Leiden und liess die Patientin zugleich jeden Morgen eine Magenausspülung vornehmen; dabei hielt sie strenge Diät und ward innerhalb sieben Monaten wieder hergestellt.

Aehnlich erging es mir bei einer andern 31jährigen Patientin von kräftigem Körperwuchs und schöner Formenbildung. Seit einem Jahre magerte sie beständig ab, ward schlechter Laune, konnte nichts mehr arbeiten, hatte heftige ausstrahlende Schmerzen im Kreuz und Oberschenkeln, dysurische Erscheinungen, ihr früher ungewohnte heftige Schmerzen beim Eintritt der Menses, Kopfschmerzen, oft Erbrechen und Singultus. Ich fand, in einem ziemlich engen Becken, eine hochgradig retroflektirte und faustdick angeschwollene Gebärmutter. Das Redressement gelang nicht; ein Hebelpessar hielt den Uterus in durchaus guter Stellung; die Patientin machte täglich Ausspülungen mit zweiprozentiger Borsäurelösung zu 45° C. und die Abschwellung geht glatt von Statten. Das Allgemeinbefinden bessert sich von Tag zu Tag.

Dann möchte ich noch die guten Resultate erwähnen, welche ich bei manchen Jungfrauen und jungen Frauen, die noch nicht geboren, durch eine mässige Dilatation des Zervixkanals erreicht habe. Bei dysmenorrhöischen Beschwerden, wie dieselben sich bei Knickungen und Enge des Kanals einstellen, und deren Folgezuständen leistete mir die Methode oft ausgezeichnete Dienste. Es liegt mir ferne, auf die kontroversen Fragen über Ursachen und Natur der verschiedenen Formen der Dysmenorrhöe einzugehen; ich will nur hervorheben, dass die mässige, allgemeine Dilatation mir dabei meistens gute Dienste geleistet.

Und ich kann es nicht unterlassen, hier die Hegar'schen Hartgummidilatatoren als besonders zweckdienlich zu preisen. Ich ging meistens nur bis zu Nummer 10, und zwar allmählich, innerhalb acht bis zehn Tagen, jeden Tag eine oder zwei stärkere Nummern einlegend. Die Einlegung geschah stets in der Rückenlage, auf dem Veit'schen Untersuchungstisch, im Röhrenspekulum. Die jedesmalige Sitzung dauert eine halbe Stunde und lasse ich die einzelnen Nummern 5 bis 10 Minuten liegen. Die Prozedur wird im Allgemeinen sehr gut vertragen; nur etlichemale zeigte sich in den ersten Sitzungen etwas Uebelkeit und Schwindel von Seiten der Patientinnen, welche sich aber stets gleich wieder erholten. Nie habe ich üble Zufälle erlebt und nie eine Endo- oder Perimetritis angestiftet. Das gute Resultat der Erweiterung hält oft Jahre lang an, und kann man dieselbe nöthigenfalls ja wiederholen. Ich halte das Verfahren als bei Weitem ungefährlicher und wenigstens ebenso sicher wirkend wie die Diszission des Zervix. Auch zur Erweiterung des Gebärmutterhalses bei vorzunehmender Auskratzung habe ich stets die Hegar'schen Dilatatoren verwandt. Die in Gebrauch stehenden Nummern liegen in 1% Sublimatlösung; bevor sie eingeführt werden, trockene ich sie mit Bruns'scher Watte ab und bestreiche sie mit 5prozentigem Karbolöl. Nach jeder Sitzung lege ich einen Glyzerin-Jodoformtampon an den Zervix, und lasse die Patientin eine Stunde zu Bette liegen. Die vorhergängige strenge Desinfektion der Scheide ist selbsverständlich.

Schliesslich theile ich noch einen lehrreichen Fall von sogen. *Asthma uterinum* mit. Frau N. M. aus P., 26 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und hat bis vor zwei Jahren an keiner bedeutenden Krankheit gelitten. Sie ist seit drei Jahren verheirathet, aber noch nicht schwanger gewesen. Seit etwa zwei Jahren leidet sie an typischen Anfällen des Asthma bronchiale, und hatte sich ihr Zustand seit der Zeit als ich sie beobachtete (Sommer 1886) zu einer beängstigenden Höhe entwickelt. Alle üblichen Arzneimittel bis herunter auf das Pyridin waren fruchtlos angewandt worden. Der Umstand aber, dass die Affektion zur Zeit der sonst normalen Menses und auch jedesmal in der Nacht nach ausgeübtem Koitus sich bedeutend verschlimmerte, führte mich auf den Gedanken, dass dem Leiden eine Genitalaffektion zu Grunde liegen könnte Ich fand in der That eine hochgradige Retroflexio uteri und Tiefstand des Organs. Ein Hebelpessar leistete auch hier nach vollzogener Reposition vorzügliche Dienste. Die asthmatischen Beschwerden schwanden nun allmählich, die Frau wurde vier Monate später schwanger und befindet sich heute vollkommen wohl. —

Ich will zum Schlusse nicht das Geständniss unterdrücken, dass ich nicht wenige Neurosen gesehen, wo die Behandlung eines gleichzeitigen gynäkologischen Leidens mir keinen Erfolg gab.

Prof. Friedländer, der Entdecker des ersten Pneumokokkus, starb im Juli in Meran an Lungenphthise.

Unter den französischen Medizinern räumt der Tod mächtig auf Bert, Lionville, Béclard, Mialhé, Gosselin und jetzt Vulpian — das sind Verluste, welche die französische Wissenschaft schwer verwinden wird. Namentlich Pasteur wird das Dahinscheiden seines getreuesten Kämpen Vulpian sehr nahegehen.

Caries der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel; Heilung.

Von Dr. Willy Meyer.

Vortrag, gehalten in der *Wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Aerzte* am 23. September 1887.

Herr Präsident und meine Herren! Der Krankheitsfall, den ich Ihnen hier vorstelle, ist kein seltener. Sie Alle sind demselben schon mehr oder weniger oft begegnet und haben bei seiner Behandlung Ihre Geduld und Kunst auf die Probe stellen müssen. Es handelt sich um eine Caries der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel mit Senkungs-Abszess nach dem Oberschenkel.

Aber: Beide Prozesse sind während einer 1½jährigen Dispensary- und Hospital-Behandlung ausgeheilt. Eben dieses guten und verhältnissmässig schnell erreichten Resultates willen glaubte ich, es sei angebracht, Ihnen die kleine Patientin zu zeigen und über den Verlauf Ihrer Erkrankung sowie ihre Behandlung ein paar Worte anzuknüpfen.

Henriette O., jetzt 6½ Jahre alt, erkrankte im Frühjahre 1885 unter den bekannten Anfangs-Symptonen des *Malum Pottii:* Steife Haltung, Tauchen beim Bücken, Schmerzen im Rücken und in den Interkostal-Räumen, häufiges Aufschreien im Schlafe, Störung des Allgemeinbefindens. Allmählich gestaltete sich das Gehen immer beschwerlicher, das linke Bein wurde in Beugung fixirt, so dass das Kind den Tag auf dem Bette oder Sopha zubrachte. Auch bemerkten die Eltern an der Stelle der genannten Wirbel den typischen Buckel.

Nachdem etwa ein Jahr verflossen, konsultirten die Eltern den Kollegen Lange, welcher sie an's *Deutsche Dispensary* zur Behandlung des Kindes verwies.

Als ich das Kind dort sah, war die Krankheit in allen ihren Symptomen entwickelt; in der linken Inguinal-Gegend oberhalb des *Lig. Poupartii* bestand in der Tiefe des Beckens eine deutlich abgegrenzte Härte, zweifellos ein Kongestions-Abszess. Fieber war nicht vorhanden; das Kind leidlich ernährt und verständig.

Ich machte die Eltern auf die Schwere der Erkrankung aufmerksam und legte ihnen an's Herz, dass die häusliche Pflege fast gerade so wichtig sei, wie unsere Behandlung. Sie haben während der vielen Monate redlich das ihrige gethan für richtige Ernährung, häufiges Hinausfahren in die freie Luft und letzthin regelmässige Bäder und somit einen gewiss nicht kleinen Antheil an der erreichten Heilung. Unsere direkte Behandlung war klar vorgezeichnet. Es konnte sich nur darum handeln, die tuberkolös erkrankten Wirbelkörper möglichst vom Druck zu entlasten und dann in dieser Stellung durch einen erhärtenden Verband zu fixiren, im Uebrigen das Kind dauernd liegen zu lassen. Ein bestehender Kongestions-Abszess, bekanntlich der häufigste Begleiter dieser schweren Erkrankung, verbietet ja für gewöhnlich die selbständige Bewegung; die Kontraktur des Beines und die Schmerzhaftigkeit beim Versuche der Streckung, untersagte sie hier auch ohne unser Anrathen. Zur Fixation wählten wir natürlich das Sayre'sche Gyps-Korsett, da es der beste und billigste Verband ist und auch sicherlich für immer bleiben wird. Zur nothwendigen Entlastung der Wirbelkörper wandten wir die Bauchlage an, da ein leichtes Anziehen in der Glisson'schen Schraube wegen des Abszesses unbequem und mir in diesem Falle auch gefährlich erschien. Ich habe früher ab und zu bei der Suspension schwacher Kinder Ohnmachten und Erbrechen gesehen. Zu dem Behufe spannten wir zwischen den Lehnen zweier Stühle, die

durch Aufsitzen je eines kräftigen Assistenten an ihrem Platze gehalten wurden, breite Muslin-Binden, legten das Kind mit dem Leibe darauf und chloroformirten es von unten her. Wir konnten dabei deutlich sehen, wie sich der Beugungswinkel im linken Hüftgelenk um mindestens 25—30° vergrösserte. Jetzt wurde der Verband von der Mitte zwischen Spinae und Trochanteren bis hinauf in die Achselhöhlen angelegt.

Auf diese Weise wurde das Kind nun 11 Monate lang von uns behandelt. Alle 8—10—12 Wochen wurde der Verband in derselben Weise, zuletzt ohne Narkose, erneuert, da die Kontraktur des *M. psoas* sich immer mehr verringert hatte. Der Abszess war nämlich allmählig unter dem *Lig. Poupart.* weiter nach unten gewandert und auf der vorderen und Aussenseite des oberen Drittels des Oberschenkels in Gestalt von 2 kugeligen, offenbar durch einen kleinen Spalt mit einander kommunizirenden Hervorwölbungen zum Vorschein gekommen. Während dieser Zeit hatte sich das Kind auffallend erholt. Es war den ganzen Tag munter, dauernd schmerzfrei und hatte vortrefflichen Appetit, niemals Fieber. Absichtlich hatten wir die Eröffnung des Abszesses hinausgeschoben, um so weit wie möglich die Quelle der Eiterung, die kranken Wirbelkörper, zur Ausheilung zu bringen und damit die Chancen der Eröffnung und Heilung des Abszesses zu verbessern. Erst als sich die Haut zu verdünnen anfing und heiss wurde, riethen wir zur Aufnahme in's *Deutsche Hospital.* Das war im Januar dieses Jahres.

Hier machte Dr. Gerster die Punktion des Abszesses und Injektion einer 10proz. Jodoform-Aether-Lösung an 2 Stellen, den beiden Abtheilungen entsprechend. Dr. Jahn wiederholte dieselbe Prozedur dann noch zweimal an denselben Stellen, da sich, wie das gewöhnlich der Fall ist, eine dünne, mehr seröse Flüssigkeit angesammelt hatte. Es bildete sich sogar, wie dies gar nicht so selten bei der Punktion von der Perforation nahen Abszessen vorkommt, eine wenig Sekret spendende Fistel. Diese schloss sich aber bald und konnte das Kind im Mai nach 4monatlicher Hospital-Behandlung mit geheiltem Abszesse entlassen werden.

Aus Vorsicht legten wir dann im Dispensary noch ein Mal einen Gyps-Kürass an, den der praktische Vater nach einiger Zeit auf meinen Rath abnehmbar machte, wie das Sayre bei seinen Gyps-Korsetts für Skoliosis regelmässig zu thun pflegt.

Heute ist das Kind nun völlig geheilt.

Gestatten Sie mir, meine Herren, noch ein paar Worte über diese neuere Behandlung der Kongestions-Abszesse, dem früher mit Recht so sehr gefürchteten, schlimmen und häufigen Begleiter der Wirbelcaries, vermittelst Punktion und Injektion einer Jodoform enthaltenden Flüssigkeit anzufügen.

Bekanntlich galt es in der vorantiseptischen Zeit für einen Fehler, einen kalten Abszess zu eröffnen, wenn nicht besondere Umstände wie Fieber, grosse Schmerzen, drohendes Aufbrechen des Abszesses direkt dazu zwangen. Diese Anschauung wurde gestützt einmal durch die Erfahrung, dass selbst grosse Senkungsabszesse resorbirt werden und in schwieliges Gewebe umgewandelt werden können und ferner dadurch, dass durch die Eröffnung kein Gewinn für den Kranken geschaffen war. Entweder traten accidentelle Wundkrankheiten ein, die dem Leben des Patienten rasch ein Ende machten oder es bildete sich eine meist stark sezernirende Fistel, die häufig nach viele Monate

langem Bestehen durch Amyloid-Degeneration der inneren Organe den lethalen Ausgang herbeiführte. Auch die Antisepsis hat trotz gewaltiger Verminderung der früheren Gefahren hier nicht den sonst durch sie geschaffenen Umschwung herbeiführen können; auch unter ihrem Schutze war bislang die Spaltung, Auskratzung und Drainage eines kalten Abszesses noch manches Mal in ihren Folgen für den Pat. verhängnissvoll, selbst in Krankenhäusern und selbst bei Befolgung der von Koenig vorgeschlagenen Operations-Methode, ausser der nahe dem tiefsten Theile des Abszesses angelegten Inzision regelmässig noch eine Gegenöffnung in der Lumbalgegend über dem obersten Rande und der hinteren Fläche des *M. psoas* anzulegen, um hier das Sekret direkt abzuleiten.

Da war es denn gewiss ein grosser Fortschritt, als im Jahre 1884 Alex. Fraenkel aus der Billroth'schen Klinik die von Mikulicz angegebenen Methode der Aspiration des Abszessinhalts und nachfolgender Injektion einer verschieden grossen Menge (30—100 gr.) einer 10proz. Jodoform-Glyzerin-Emulsion veröffentlichte und an der Hand von 18 definitiven Heilungen aus einer Anzahl von 20 Fällen von Senkungsabszessen ihre Brauchbarkeit nachwies. Bei allen war die nachfolgende Beobachtungszeit eine genügend lange und erschien der osteopathische Charakter der Erkrankung über jeden Zweifel erhaben. In einigen Fällen musste Punktion und Injektion wiederholt werden.

Wie es scheint, fand die Methode, zumal in Deutschland, zunächst wenig Nachahmung, denn die nächste diesbezügliche Publikation erschien erst im vorigen Jahre und zwar aus der Verneuil'schen Klinik in Paris. V. entleerte den Abszess zunächst mit dem Dieulafoy'schen Aspirator, reinigte dann die Spritze und injizirte je nach der Grösse des Abszesses bis zu 200 gr. einer 5prozentigen Jodoform-Aether-Lösung. Der Aether verdunstet, spannt und entfaltet die Abszesswand und bringt dadurch die Jodoform-Partikelchen an jeden Punkt der Wand. Aus einer Serie von 23 Fällen ergab es sich, dass bisweilen eine einmalige Aspiration und Injektion zur definitiven Heilung genügt. Häufiger kam es zu erneuter Füllung der Abszesshöhle und dementsprechend zu mehrmaliger Wiederholung des beschriebenen Verfahrens. Dieses soll in Pausen von einigen Wochen geschehen; gewöhnlich ist schon bei der zweiten Aspiration die Eitermenge wesentlich verringert und weiterhin ist es charakteristisch, dass sich der Eiter in seinem Aussehen allmählig verändert. Er wird dünnflüssig und chokoladenhaltig. — Auch der Perforation nahe Abszesse können dieser Behandlung unterliegen. Dies war von Wien aus widerrathen.

Die angegebenen Resultate haben um so mehr Werth, als sämmtliche 23 Fälle fast ausschliesslich Erwachsene, zum Theil den späteren Lebensjahren angehörende Individuen betrafen, bei denen die bislang gebräuchlichen Operationsmethode so wenig glückliche Erfolge zu verzeichnen hatte.

Eine dieser bald folgende Veröffentlichung aus der P. Bruns'schen chirurgischen Klinik zu Tübingen zeigte, dass sich auch dort die neue Behandlung der kalten Abszesse als ein ebenso gefahrloses und einfaches, wie meist erfolgreiches Verfahren erwiesen. Bruns benutzte eine 10 prozentige Mischung von Jodoform mit gleichen Theilen Glyzerin und Wasser und wiederholte die Injektion nach je 14 Tagen. Aus 22 Fällen hatte er 20 Heilungen. Behandlungsdauer durchschnittlich 4—5 Wochen.

In diesem Jahre hat sich nun das allgemeine Interesse nicht nur dieser Methode, sondern auch dem vielbesprochenen Jodoform im Allge-

Dieses vorzügliche, in allen Ländern vortheilhaft bekannte Nähr-Präparat ist unübertroffen in Bezug auf Reinheit und Heilwerth ; es wird durch einen chemischen Prozess nur allein aus den besten Weizensorten gewonnen. Es ist gewissermaassen ein *Solid Extract*, von einem französischen Chemiker erfunden. Eine grosse Anzahl der tüchtigsten Chemiker und Aerzte bezeichnen es als unübertrefflich für altersschwache und invalide Individuen — als kräftigstes Nahrungsmittel für Kinder — als unentbehrliche Nahrung für Fieberkranke und heilkräftige Arznei für an Magen- und Darmkrankheiten Leidende. Bei Konsultationen ist es oft gerade dann vorgeschlagen worden, wenn die Verdauung vollständig gestört war, so dass das *Imperial Granum* thatsächlich als lebensrettend befunden wurde, weil der Kranke absolut nichts Anderes nehmen konnte.

Es ist ganz verschieden von den Präparaten, welche von Fleisch oder Wein bereitet, das Gehirn reizen und die Verdauungsorgane irritiren, denn es enthält Knochen-, Muskel- und Blut-Bildner, ist leicht verdaulich, verstopft nicht, reizt das Gehirn nicht und verhütet Verdauungs-Krankheiten im kindlichen Alter. Es giebt kaum etwas Schmackhafteres und Kräftigenderes für fieberhafte Zustände Lungenleiden, Dyspepsie und allgemeine Entkräftung, und dabei wird seine medizinische Wirkung sehr gelobt, namentlich gegen

Cholera, Dysenterie, Chronische Diarrhöe und Cholera Infantum.

Dieselbe ist unwiderleglich erwiesen.

Bei allen Apothekern zu haben.

JOHN CARLE & SONS, New York.

PAPOID,

VEGETABILISCHES PEPSIN

gewonnen aus der tropischen Pflanze CARICA PAPAYA,

Gegen Diphtherie und Dyspepsis,

empfohlen von den folgenden Autoritäten:

Dr. JACOBI, Präsident der New York Academy of Medicine; Dr. HERSCHELL, London; Dr. FINKLER, Professor der Medizin an der Universität Bonn; Drs. KOHTS, ASCH, SCHAEFFER, OERTEL, HEINEMANN, ROSSBACH, CRONER, FLATOW, FRAENTZELL, LEYDEN, F. M. DEARBORN, U. S. N.

Ein Pamphlet, enthaltend die Ansichten der oben genannten Herren, wird auf Verlangen gratis versandt ovn.

JOHNSON & JOHNSON,

23 Cedar St., NEW YORK.

Alleinige Agenten für die Vereinigten Staaten und Canada.

---

gegen CHOLERA INFANTUM.

ANALYSE.

	PROCENT.
Wasser	5.50
Asche (1.39 Proc. phosphorsauren Kalk, aus Knochen dargestellt, enthaltend)	2.32
Gesammt-Menge der Eiweissstoffe (aus Eiern gewonnen)	19.25
Fett	5.49
Zucker	41.67
Stärke (gelatinirt)	25.77
	100.00

Anerkanntermaassen besteht die beste Diät in Fällen von *Cholera Infantum* in *Eiweiss* und Zucker in Verbindung mit leichten Cerealien in den oben angegebenen Verhältnissen.
Man wird dieses Nahrungsmittel besser wirkend finden, als andere Präparate dieser Art.
Es wird garantirt als frei von Droguen und Medikamenten.
Es ist nicht mit Pepsin, Pancreatin oder anderen Verdauungs-Fermenten versetzt.
Im Verhältniss zu seiner konzentrirten Nahrhaftigkeit ist es das billigste im Markte.
Hergestellt von der

Emerson Manufacturing Company,

43 Park Place, New York.

Verkauft von Apothekern. **Muster frei für Aerzte.**

meinen um so mehr wieder zugewandt, seitdem, wie Sie wissen, von zwei Assistenten der Kopenhagener chirurgischen Klinik, Heyn und Rovsing auf Grund von mehrfach angestellten Versuchen behauptet wurde, das Jodoform sei überhaupt kein Antiseptikum und das um so weniger, als es selbst pathogene Mikro-Organismen enthalten könnte.

Dieser allen bisherigen klinischen, mit dem Jodoform gemachten Erfahrungen direkt widersprechenden Behauptung wurde aber schnell jeder Boden entzogen, als De Ruyter, ein Assistent Bergmann's in Berlin, auf dem diesjährigen Chirurgen-Kongresse zeigte, dass das Jodoform nach seinen Versuchen „ausserhalb des Thierkörpers", also z. B. auf offene, infizirte Wunden gestreut, allerdings so gut wie machtlos ist, im Thierkörper aber unter dem Einfluss der Säfte, vielleicht sogar, wie Sattler meint, durch die Mikroorganismen selbst zersetzt wird und freies Jod abspaltet, welches einer eits die Bakterien in ihrer Weiterentwicklung hemmt, resp. sie tödtet, andererseits die durch den Lebensprozes se derselben erzeugten giftigen Substanzen, die Ptomaine, unschädlich macht. Nach Sattler's Untersuchungen findet die Beeinflussung der Mikro-Organismen nur in der unmittelbaren Nachbarschaft der sich zersetzenden Jodoform-Moleküle statt und erklärt sich daraus die Verschiedenheit in den Ergebnissen der verschiedenen Autoren, welche neuerdings mit dem Jodoform experimentirt haben.

Diese Lehren geben allerdings unseren Anschauungen über die Wirkung des Jodoforms eine ganz neue Richtung.

Fast noch interessanter waren die Mittheilungen P. Bruns' über die Ergebnisse seiner Studien über Die Einwirkung des Jodoforms nach Injektion in die entleerte Abszesshöhle, die er zusammen mit Prof. Nauwerck machte. Er stellte insofern exakte Untersuchungen an, als bei einer Anzahl von Kranken kürzere oder längere Zeit nach der Jodoform-Injektion die Abszesse eröffnet und Stücke ihrer Wand behufs mikroskopischer Untersuchung entfernt wurden. Die histologi che Untersuchung zeigte, dass die Bazillen, welche in Kontrol-Präparat n vor der Eröffnung stets vorhanden waren, konstant nach der Injektion verschwinden und die Tuberkel zu wuchern aufhören. Die innere, Tuberkel haltige Schicht der Abszesswand verfällt der Nekrose und dem fettigen Zerfall und wird durch normale gefässreiche Granulationen abgehoben. B. erklärt darauf hin die antitube kulöse Wirkung für eine spezifische, antibazilläre.

Koenig ist anderer Ansicht. Er hält Jodoform nicht für ein Spezifikum gegen Tuberkulose, insofern es die Entwicklung der Tuberkelbazillen nach seiner Ansicht nicht verhütet. Es trocknet die von Tuberkeln vollständig befreite Grundfläche aus, begünstigt so die primäre Heilung und entzieht den Bakterien den Boden für ihre Weiterentwicklung.

Aus alledem scheint hervorzugehen, dass das Jodoform ein kräftiges Antiseptikum ist, welches aber erst im lebenden Organismus zur Wirkung kommt. Ob es eine wirklich spezifische, speziell antituberkulöse Kraft besitzt, müssen weitere Untersuchungen beweisen. Nach Bruns exakten pathologischen Beobachtungen scheint darüber kein Zweifel zu bestehen.

Sicher ist, dass es in Lösung, am besten in der De Ruyter,schen Verbindung mit Aether und Alkohol (1 : 2 : 8) in kalte Abszesse eingespritzt, diese zur Ausheilung führen kann und dadurch auf diesem bisher so ungern betretenen Gebiete der operativen Chirurgie einen gewaltigen Umschwung zum Bessern hervorgebracht hat.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse.

Ein Monats-Blatt
gewidmet den
Interessen der Deutsch-Amerikanischen Aerzte.
Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Redaktion und Administration:
No. 23 Vandewater St., New York.

Preis: - - - - - $2.50 per annum, bei Vorausbezahlung.

The "New Yorker Medizinische Presse" is the ONLY Medical Journal in America printed in the German language. It commends itself as an advertising medium. Rates will be sent on application.
Address all communications and payments to the

CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.,
17—27 Vandewater St., New York.

☞ **Please take notice that Dr. EMIL STOESSEL has severed his connection with the business management of our journal.**

Toxine.

Wohl selten ist es in der Geschichte der Medizin vorgekommen, dass in verhältnissmässig so kurzer Zeit ganz neue Gebiete eröffnet wurden, deren Erschliessung dann wiederum zur Auffindung noch ausgedehnterer Untersuchungs-Gebiete führte, als dies in den letzten Jahrzehnten der Fall war. Am auffälligsten ist dieser mit staunenswerther Schnelligkeit sich vollziehende Fortschritt in der Erforschung der Aetiologie, einem der interessantesten Gebiete der Medizin.

Sehr interessant und von weittragendster Bedeutung sind in dieser Beziehung die von Brieger, Selmi, Bienenstock u. A. ausgeführten Untersuchungen über die Ptomaine. Diese zuerst in faulendem Fleische gefundenen Stoffe sind durch die Wirkung der Fäulniss-Bakterien entstandene, bosische Produkte; dieselben sind nicht etwa alle giftig, wie man zu glauben geneigt sein könnte. So ist es z. B. bis jetzt noch nicht gelungen, das giftige Prinzip in fauligem Fischfleisch darzustellen, obgleich Boklisch (auf Anregung Brieger's) die Ptomaine desselben eingehend untersucht und deren sieben gefunden hat.

Desshalb hat Brieger in seiner neuesten Arbeit*) vorgeschlagen, die giftigen Ptomaine als Toxine zu unterscheiden.

Zu diesen gehören beispielsweise das Mydatoxin, welches in faulendem Menschenfleische, das Methylguanidin, welches in faulendem Pferdefleische und das Mytilotoxigin, welches in der giftigen Miesmuschel von Brieger gefunden wurde.

Am wichtigsten für uns sind jedoch die Ptomaine, die aus den Kul-

*) Untersuchungen über Ptomaine; III. Theil; Berlin 1886, August Hirschwald.

turen pathogener Bakterien gewonnen wurden. Oft ist es nur möglich, dieselben auf ganz bestimmtem Nährboden und unter gewissen Bedingungen zur Entwicklung zu bringen.

Die Züchtung von Typhus-Bazillen (Koch-Ebert) auf Fleisch ergab ein giftiges Ptomain: Typhotoxin, das bei Thieren einen lethargischen, lähmungsartigen Zustand erzeugt.

Die Tetanus-Bazillen (Nicolaier-Rosenbach) züchtete B. ebenfalls auf Fleisch unter Luftabschluss, wobei sich unter andern übelriechenden Gasen auch Schwefelwasserstoff in grosser Menge bildete. Aus dem als Nährboden verwendeten Fleische konnte B. nun ein Toxin darstellen: das Tetanin. Das Einimpfen desselben verursachte bei Thieren in wenigen Minuten dieselben Symptome, wie die von N. und R. ausgeführten Impfungen mit Tetanus-Bazillen, also Trismus, Opisthotonus, allgemeinen Starrkrampf, Klonische Krämpfe und zuletzt den Tod.

Spätere ausführlichere Untersuchungen stellten die Gegenwart von weiteren drei Toxinen in den Tetanuskulturen fest: Spasmotoxin, Tetanotoxin und ein drittes noch unbenanntes.

In ähnlicher Weise wurde aus Züchtungen der Cholera-Bazillen neben nicht giftigen Ptomainen (Putrescin, Cadaverin) auch Toxine gefunden: Cholin, Methylguanidin und zwei noch nicht benannte specifische Toxine, von denen das eine einen lethargischen Zustand, blutige Stühle und eine Temperaturerniedrigung hervorruft, die mit dem Tode des Thieres endigt.

Die Ansicht, dass als die wahren Krankheitsursachen diese Toxine anzusprechen sind, während die pethogenen Mikroorganismen nur die Rolle der Krankheitsträger spielen, erhält durch diese Studien und Experimente eine grosse Stütze.

Auf die Chemie dieser Körper an dieser Stelle einzugehen ist unthunlich; nur sei noch erwähnt, dass man der näheren Erkenntniss derselben bereits nahe getreten ist. Brieger hat festgestellt, dass das Kataverin mit einem von Ladenburg synthetisch dargestelltem Körper, dem Pentamethylendiamin identisch ist. Ferner gelang es ihm die Einreihung des Putrescin's als Aethylendiamin in die von zwei atomigen Alkoholen abgeleiteten Diamine sicherzustellen. Durch Einführang von vier Methylengruppen wurde dieses sehr wenig giftige Ptomain in ein Toxin, ein sehr heftig wirkendes Gift verwandelt.

Die Perspective, welche diese ersten Anfänge aethiologischer Forschungen auf exacter chemischer Basis eröffnen, ist eine bisher ungeahnte.

Ein neues medizinisches Journal „*The International Medical and Surgical Synopsis*“ erscheint seit einigen Monaten in St. Louis. Wir begegnen in demselben sehr vielen deutschen Namen und sehr gut geschriebenen und interessanten Artikeln.

Von der vor 35 Jahren begonnenen „*New Yorker Medizinischen Monatsschrift*," welche von Dr. J. Herzka, Dr. E. Krackowizer und Dr. W. Roth herausgegeben und dem „*Verein der deutschen Aerzte der Stadt New York*" gewidmet war, sind uns durch die Güte eines befreundeten Kollegen einige Nummern zur Verfügung gestellt worden. Wir werden in nächster Nummer einige interessante Exzerpte und Reminiscenzen bringen.

REFERATE.

Dr. Durand. — De l'adonide et de son principe glycoside l'adonidin. — *Med. chir. Rdsch.*, 1887.

Adonidin, aus den Blättern von *Adonis vernalis* bereitet, wurde bei Insuffizienz, resp. Insuffizienz und Stenose der Mitralis angewandt und bei 0.02 ($\frac{1}{3}$ Gran) machte sich Zunahme der Arterienspannung geltend und die Herzkontraktionen wurden regulirt, der Puls verlangsamt, die Diurese auffallend und rapid vermehrt. Bei 0,2 (3 Gran) erfolgte Erbrechen und Diarrhöe.

E. Hertzka, Karlsbad.

Dr. Fr. Müller. — Ueber Anilin-Vergiftung. — *D. Med. Woch.*, 1887.

Der tödtlich verlaufene Fall zeigte als hervorstechende Erscheinungen: Bewusstlosigkeit, allgemeine zyanotische Färbung, besonders auffallend im Gesicht, an den Fingernägeln, graublaue Mundschleimhaut; Puls gut, Respiration anfänglich beschleunigt, mühsam, gegen Ende insuffizient. Tod ohne Krämpfe am 2. Tage. Eine am 1. Tage entnommene Blutprobe zeigte Gehalt von Methämoglobin. Der Harn war frei von Blutfarbstoff. In demselben war Anilin als solches nachzuweisen, auch zeigte sich die präformirte Schwefelsäure stark vermehrt; dieselbe war an Paramidophenol, das aus dem Anilin durch Oxydation entstanden war, als Paramidophenolschwefelsäure gebunden. Da bei längerem Gebrauche grösserer Mengen von *Antifebrin* (Acetanilid) öfter die beschriebenen zyanotischen Verfärbungen auftreten, suchte der Autor nach den weiteren Symptomen, die er für die Anilin-Vergiftung konstatiren konnte und ist ihm dabei in wiederholten Fällen der Nachweis des Methämoglobin-Streifens gelungen. Im Harn konnte weder Anilin noch unzersetztes Antifebrin gefunden werden; dagegen zeigten sich grössere Mengen von Paramidophenol als gepaarte Schwefelsäure.

E. Hertzka, Karlsbad.

W. L. Braddon. — Ein praktischer Handgriff bei der Tracheotomie. — London, *Lancet u. Ztschr. f. Ther.*, 1887.

Statt wie bisher üblich, die Haut über der Trachea von vorn (oben) her zwischen den Fingern zu spannen, empfiehlt B., und zwar sehr richtig (Ref.) — von hinten her das Genick des Kindes zu umgreifen und die Finger unter die Seitenränder des Larynx zu schieben. Auf diese Weise wird auch der Druck auf die Luftröhre, der die Dyspnöe noch erhöht, vermieden.

E. Hertzka, Karlsbad.

Dr. Dupuy. — Kaffee, ein Anaphrodisiacum. — *Soc. de biol., Cbl. f. klin. Med.*, 1887.

In den Ver. Staaten von Nordamerika, wo viel starker Kaffee getrunken wird, beobachtete D. eine grosse Anzahl von Fällen, in denen sonst ganz gesunde Männer über Impotenz, resp. *Erectio incompleta* klagten. Die Patienten tranken im Durchschnitt 4—5 Glas sehr starken Milchkaffee. Wurde der Kaffee weggelassen, so schwanden die Beschwerden; mit der Wiederaufnahme traten dieselben wieder auf (eine Beobachtung, die man auch in Europa machen kann. Ref.)

E. Hertzka, Karlsbad.

Prof. Ernst Schwimmer. — Die Heilwirkung des Erysipelas bei einzelnen Krankheitsformen. — (Budapest.) — *Gyogyäszat—Pest. med. chir. Presse*, 1887, Nr. 37.)

Bekanntlich wird das Erysipel durch einen spezifischen Kokkus — *Streptococcus erysipelatos* — der durch eine Mikropyle der Haut oder Schleimhaut in die Lymphgefässe eindringt, verursacht. Da diese Spaltpilze nicht nur eine Dermatitis, sondern auch allgemeine Erscheinungen (Fieber u. s. w.) nach sich ziehen, so ist es wahrscheinlich, dass sie bei Krankheiten die vegetativen Vorgänge dermassen beeinflussen, dass sie selbe entweder verlängern oder abkürzen, resp. heilen. So finden sich in der Litteratur Fälle verzeichnet, wo Erysipelas als Komplikation eines brandigen Geschwürs, einer *Gonitis purulenta*, eines Epithelioms im Gesicht, eines Sarkoms in der Mund- und Nasenhöhle Heilung, resp. vollkommene Rückbildung des Neugebildes herbeiführte. Deshalb versuchte man das Erysipel durch Impfung der betreffenden Kokken künstlich herbeizuführen und fand man, dass manche Neoplasmen eine mehr minder grosse Veränderung, ja eine Rückbildung erlitten; doch sind solche Experimente für den Arzt ominös. Anders verhält es sich, wenn Erysipel zufällig auftritt und diesbezüglich ist es konstatirt, dass dasselbe sowohl bei allgemeinen, als lokalen pathologischen Zuständen von günstiger Wirkung ist.

Auch S. fand, dass das Fieber den syphilitischen Prozess insoweit beeinflusste, dass sich Gummata und Geschwüre stellenweise involvirten; ja selbst Exantheme verschwanden auf kurze Zeit, doch kann er bestimmt nicht behaupten, dass die Syphilis geheilt worden wäre

Bei nicht syphilitischen Prozessen, z. B. bei Lupus, Psoriasis, Lymphom Keloid u. s. w. wirkte das Erysipel nicht gleichförmig ein. In einzelnen Fällen zeigte es sich ganz indifferent, in anderen hinwieder beeinflusste es den Prozess günstig. Der erste Fall betraf einen 38jähr. Mann mit sekundären syphilitischen Geschwüren, von welchen ein Erysipel ausging. Das E ging nach 8 Tagen zurück und mit des en Heilung vernarbte auch das Geschwür rasch, ohne jede spezifische Behandlung; ein zweiter Fall zeigte, dass trotzdem Patient zwei schwere allgemeine Krankheiten (Blattern und Erysipel) überstand, die syphilitische Erkrankung nur zum Theile schwand und zwar dort, wo das E. lokal wirkte. Die konstitutionelle Erkrankung bestand jedoch weiter und schwand erst nach 35 Inunktionen. Uebrigens wirken auch andere entzündliche, nicht erysipelatöse Prozesse auf die syphilitischen Erkrankungen ein. So vermögen Pneumonie, Peritonitis, Typhus die bestehende syphilitische Erkrankung zu alteriren und das spezifische Gift im Körper zu vernichten.

Von nicht syphilitischen Erkrankungen beschreibt S. einen Fall von

chronischer bilateraler Orchitis und Epididymitis, wo eine 2monatliche Behandlung nicht den geringsten Erfolg erzielte, doch ein Erysipel, das von einem kleinen Nasengeschwür ausging, auf das ganze Gesicht übergriff, 10 Tage andauerte (mit 39.4° C.), hatte eine so mächtige Wirkung darauf, dass sie sich vollständig involvirten, und Patient geheilt entlassen werden konnte.

Auf 7 Fälle von Lupus faciei blieb das E. ohne jede Beeinflussung; hingegen wirkte es sehr erfolgreich auf ein sehr ausgebreitetes Keloid; zu einer vollkommenen Heilung konnte es nicht kommen, da das Narbengewebe keine völlige Resorption zulässt, doch war die Besserung eine so auffällige, wie sie durch keine der bisher üblichen Heilmethoden erreicht wurde. Die Heilung zeigte sich als konstant.

Auch bei einer hochgradigen Adenitis colli bewirkte das Erysipel Heilung.

Es stellt sich also heraus, dass das E. in jenen Fällen, wo die ausgedehnte Dermatitis und das hohe Fieber, sowohl lokale als allgemeine Reaktion auszulösen vermag, bei einzelnen Krankheitsformen günstig einwirken kann. Lues vermag es auf kurze Zeit zu unterdrücken, doch vollkommen verschwinden zu machen nicht.

Ueber seine Wirkung bei malignen Neoplasmen kann S. wegen Mangels einschlägiger Fälle nicht referiren. Zur Erklärung der Heilwirkung des E müssen das hohe Fieber oder die spezifische vegetative Funktion der Mikrokokken herangezogen werden; wahrscheinlich ist, dass die Spaltpilze auf einzelne Gebilde direkt einwirken, und wo sie auf kein widerstandsfähiges Gewebe stossen, führen sie entweder vollkommene Resorption oder eine anderweitige Veränderung derselben herbei. Er empfiehlt daher bei destruktiven Prozessen (Krebs, Sarkom u. s. w.) Erysipel-Impfungen vorzunehmen, doch nur dort, wo alle übrigen Heilmethoden bereits ausgeschlossen sind. (Ist es einmal so weit gekommen, dass der Patient als hoffnungslos betrachtet wird, so kann wohl ein mit hohem Fieber einhergehender Prozess nicht gut erfolgversprechend erscheinen, da eine solche Kräftekonsumption von einem kachektisch Gewordenen, bei dem sogar der chirurgische Eingriff nicht mehr am Platze ist — schwerlich ertragen werden dürfte. Ref.)

E. Hertzka, Karlsbad.

Kremjanskij. — Heilung der Schwindsucht durch Sättigen der ganzen Blutmasse mit Anilin. — *Allg. med Cent. Ztg.*, 1887, 17.

Der frühere Charkower Professor der internen Medizin führte auf dem Kongresse russischer Aerzte des Weiteren aus, dass die Schwindsucht durch einen Parasiten hervorgerufen werde, der — wie erwiesen — durch die schwächste Anilinlösung getödtet wird. Auch sei es konstatirt, dass bis jetzt keine Anilinvergiftung mit tödtlichem Ausgange vorgekommen, man dürfe daher das Anilin ohne Bedenken verwenden. (Unterdessen verweise ich nur auf den von mir gleichfalls referirten Fall einer Anilinvergiftung mit lethalem Ausgange. — Ref.) Da derselbe jedoch das ganze Blutsystem, sowie sämmtliche Gewebe durchdringe, so sei ein Kampf gegen denselben nur möglich, wenn man die ganze Blutmasse mit Anilin sättige, d. h. den Kranken einer Anilinvergiftung aussetze und dann das Gegengift reiche — wie Einathmung von frischer Luft, Inhalationen von Terpentin, Anisöl, Eucalyptusöl etc. Da man diese stets bei der Hand haben könne, so brauche man nur mehrmals

Receptformeln passend für:

Gonorrhöe, nach Ablauf des akuten Stadium's; ebenso für Nachtripper, Goutte militaire, u. s. w.

R. Hydrastia (Berberina) Sulph.
(Wm. S. Merrell Chem. Co.'s) ℥ i (4,0)
Mucil. Acaciæ, ℨ iv (12,00)

M. D. S. Eine halbe Unze (15 g) zur Einspritzung.

Chronischen Magen Katarrh und Atonische Dyspepsie; ebenso als Magen Tonikum überhaupt.

R. Hydrastis fluid, ℥ ii (8,0)
Aquae dest., ℨ iv (120,0)

M. D. S. Einen Theelöffel vor jeder Mahlzeit auf längere Zeit.

Cholera Infantum; Sommer-Diarrhöe und Dysenterie.

R. Elixir. Rhei alkalinicum Pancreatino ℥ iv (120,0)

M. D. S. Einen Theelöffel 1—2 Stunden.

Irritationszustände der Harnblase.

R. Tr. Gelsemii sempervir,
Merrell's eradic. recent.) ℥ ss (2,0)
Natr. bromat. gr. iii (0,2)
Extr. fluid. Cornus florid. (Merrell's) ℨ iss (45,0)

M. D. S. Einen Theelöffel in Wasser 4 Stunden.

THE WM. S. MERRELL CHEMICAL COMPANY,

Fabrikanten von Chemikalien und Droguen.

CINCINNATI, OHIO.

Fabrikanten von reinen und zuverlässigen pharmazeutischen Präparaten, als z. B. "GREEN DRUG FLUID EXTRACTS", welche Form deshalb vorgezogen wird, weil die meisten Droguen durch Trocknen an werthvollen Eigenschaften verlieren; es wird eine Quantität jeder Drogue frisch verbraucht, welche nach dem Trocknen 16 Unzen *Troy-Weight* haben würde.

FLUID HYDRASTIS — Enthält keinen Alkohol, kein Harz; wirkt nicht reizend und enthält alle wirksamen Bestandtheile.

SOLUTION VON BISMUTH UND HYDRASTIS. — Eine milde, farblose Flüssigkeit.

SOLUTION VON FARBLOSER HYDRASTIA. Jedes *Pint* enthält das weisse Alkaloid aus 16 Unzen Hydrastis Canadensis. Vorzüglich gegen alle Schleimhaut-Entzündungen, wie Gonorrhöe, Leukorrhöe, Schnupfen, Cystitis, etc.

SYR. HYPOPHOSPHITES CO., mit Chinin, Strychnin und Mangan.

SYR. PHOSPHATES CO. (Künstliche Nahrung). SYR. LACTO-PHOSPHATES CO. — Nahrhafte, tonische und restorative Präparate von anerkanntem Werthe.

ALKALIN ELIXIR RHEI CO. mit Pankreatin — Antacidum, Carminativum, Stomachicum und Tonicum. Gegen Dyspepsia acida, Cholera morbus und infantum, Flatus, Colic, etc.

ELIX. HELONIAS COMP. (Helonias Cordial) enthält *"Fa'se Unicorn"*, *"Squaw Vina"*, *"Cramp Bark"*, *"Blue Cohosh"* und Aromatica. Vorzüglich als Tonicum und Sedativum in Krankheiten der Sexualorgane beider Geschlechter — besonders in Amenorrhöe, Dysmenorrhöe und Menorrhagie.

GENUINE SALICYLSAEURE (aus Wintergrün-Oel), ganz rein und frei von allen reizenden Substanzen der nachgeahmten Säure. Lange, nadelförmige Krystalle; wird gut vertragen.

REINES BORO-GLYCERIDE (feste Substanz). Formal $B O^3 C^3 H^3$.

SOLUTION VON BORO-GLYCERIDE, 50 Prozent.

UNGUENT BORO-GLYCERIDE. Stark antiseptisch, unschädlich, reizlos, geruchlos und fleckt nicht. Ausgezeichnet geeignet zum Gebrauche in *chirurgischen* und *gynäkologischen* Fällen. Man bestelle Circulare und Proben.

Seit 15 Jahren im Markte. MAN ACHTE AUF DEN NAMEN. Man hüte sich vor Fälschungen

COLDEN'S
Liquid Beef Tonic.

ORIGINAL LABEL:
"Colden's Liebig's Liqu'd Extract of Beef and Tonic Invigorator."

Die Wirkung dieses Präparates erstreckt sich auf alle Schwächezustände.

Es ist ein werthvolles Adjuvans des praktischen Arztes.

Durchaus verschieden von allen anderen tonisirenden Fleischpräparaten.

Es wird von vielen der tüchtigsten Aerzte empfohlen.

Man hüte sich vor Nachahmungen.

COLDEN'S LIQUID BEEF TONIC besteht aus Fleischextrakt, der nach LIEBIG'S Vorschrift zubereitet ist, aus Alkohol, welcher durch völlige Entziehung des Fuselöles auch für den schwächsten Magen unschädlich gemacht worden ist, aus löslichem *Ferrum citricum*, aus Cinchona, Enzian und den üblichen Aromaticis. Eine Analyse, welche ARTHUR HILL HASSAL, M.D., F.R.S., in seiner amtlichen Eigenschaft als Chemiker vorgenommen hat, und eine Empfehlung von SIR ERASMUS WILSON, F.R.S., sind auf die Etikette einer jeden Flasche gedruckt.

In der Behandlung von Schwäche, Rekonvaleszens nach schwerer Krankheit, Blutleere, Malaria, Chlorosis, Schwindsucht im ersten Stadium, Nervenschwäche, habituellem Alkohol- oder Opiummissbrauch, kurz allen Krankheiten, welche ein Tonicum verlangen, ist es allen anderen Surrogaten überlegen. Es wirkt direkt auf die sensitiven Magennerven, reizt die Follikeln zur Sekretion und giebt dem geschwächten Individuum das erste Erforderniss zur Wiederherstellung, den Appetit.

Auf dringendes Verlangen einer Anzahl hervorragender Aerzts habe ich jedem Weinglass voll von diesem Präparate 2 Gran EISENZITRATE vermischt, was an der Etikette durch MIT EISEN "No. 1;" angezeigt ist, während das Präparat OHNE EISEN die Etikette "No. 2" trägt.

☞ **Um jedem Arzte die Möglichkeit einer Untersuchung der Bestandtheile zu geben, werde ich auf Ansuchen jedem ordentlich promovirten Arzte eine Flasche von COLDEN'S LIQUID BEEF TONIC zusenden. Verlangen Sie gefälligst von Ihrem Apotheker (im Falle er den Stoff noch nicht auf Lager hat) denselben zu bestellen. Bei Rezeptirung sollten Aerzte das Wort "COLDEN'S" speciell erwähnen, etwa: "EXT. CARNIS FL. COMP. (COLDEN)." Es wird in Pintflaschen verkauft und kann im Allgemeinen VON ALLEN EN GROS- UND DETAIL-DRUGGISTEN BEZOGEN WERDEN.**

C. N. CRITTENTON, Alleiniger Agent, 115 Fulton St., New York.

GLENN'S
Sulphur Soap.

Alle Aerzte kennen den Werth lokaler Applikationen von Schwefel bei HAUTKRANKHEITEN. GLENN'S SULPHUR SOAP war die ERSTE und ist die BESTE Kombination ihrer Art und jetzt allgemein im Gebrauch. Zu haben bei allen Druggisten per Stück zu 25 Cents oder 3 Stück für 60 Cents. Vor Nachahmungen wird gewarnt.

CONSTANTINE'S
PINE TAR SOAP

BEI WEITEM DIE BESTE SEIFE. Nach jahrelangen Versuchen von Aerzten in ihrer Eigenschaft als Toilet- und sanitäre Seife als die beste anerkannt in allen Fällen, in denen Theer indizirt ist. Freiwillige Zeugnisse beinahe von der ganzen medizinischen Profession. Nur echt mit dem Stempel "A.A. Constantine's Persian Pine Tar Soap." Zu haben bei allen Druggisten.

En Gros Depot C. N. CRITTENTON, 115 Fulton Street, New York.

Proben dieser Seifen werden gegen Einsendung der Karte an jeden Arzt GRATIS versand

Erwähnet die „N. Y. MEDIZINISCHE PRESSE."

täglich mehrere Tage hintereinander die Kranken mit Anilin zu vergiften, um sämmtliche Schwindsuchtsbazillen zu tödten und dieselben von der Schwindsucht radikal zu heilen; selbst vorgeschrittene Prozesse seien noch heilbar, denn nach Tödtung sämmtlicher Bazillen verheilen die Schwindsuchtshöhlen wie einfache Wunden; es bilde sich ein gesundes Narbengewebe, welches rasch die Höhle schrumpfen lasse und nicht wenig zur Erweiterung der freien Lungenzellen beitrage. Am schnellsten und bequemsten werde die Blutmasse durch Einathmung von zerstäubtem Anilinöl mit diesem Arzneistoffe gesättigt.

Trotz vielseitiger Opposition gelang es doch der Beredsamkeit Kremjanskij's, dass eine Kommission behufs Prüfung dieser Behandlungsmethode — die der Erfinder selbst leiten soll — gewählt wurde. Die Kommission — so lesen wir in der *Petersb. Med. Woch.*, beschloss, K.'s Vorschlag nach zwei Richtungen zu prüfen,

1. Durch das Experiment und 2. am Krankenbette.

Die Versuche zeigten jedoch, dass Anilin und *Oleum Gaultherii* durchaus keine ungefährlichen Mittel seien und dass bei Einführung derselben, direkt in's Blut, subkutan oder ununterbrochene Einathmung aus dem Kremjanskij'schen Apparate, bei Thieren nach einigen Stunden der Tod derselben unter den Erscheinungen einer Lähmung der Respirationszentren eintrat, selbst bei verhältnissmässig kleinen Dosen. Während der in der Klinik an Schwindsüchtigen angestellten Versuche konnte die Kommission — deren Mitglieder die Kliniker Ostroumow, M. Ssubotin, W. Scherwinski, Prof. Bogoslowski, T. Krein und A. Vogt waren — sich von der wohlthätigen Wirkung des intern angewandten oder inhalirten Anilins auf die Kranken nicht überzeugen; in einigen Fällen mussten die Anilineinathmungen wegen Weigerung der Kranken ausgesetzt werden. Das Antifebrin setzt ohne Zweifel die Körpertemperatur herab, beeinflusst aber den Krankheitsprozess in keiner Weise, schwächt aber zuweilen die Herzkraft. Auf Grund dieser Erfahrungen meint die Kommission, ihre Thätigkeit in dieser Richtung nicht mehr fortsetzen zu müssen, sondern sie für abgeschlossen zu halten, werden aber eine detaillirte Mittheilung der Arbeiten noch rechtzeitig liefern.

Die Kommission scheint oder richtiger kann damals die Müller'sche Veröffentlichung der Anilinvergiftung noch nicht gekannt haben; Ref. empfiehlt dieselbe der Aufmerksamkeit der transozeanischen Kollegen.

E. Hertzka, Karlsbad.

Dr. James Tyson. — Treatment of Renal Calculus. — *The Practitioner*, 1887.

T. hat in zahlreichen Fällen die Beobachtung gemacht, dass die hartnäckigsten und sich oft wiederholenden lästigen schmerzhaften Beschwerden, die durch harnsauren Sand oder Steine hervorgerufen und unterhalten werden, am raschesten durch eine systematische Milchkur schwanden und auch nicht wiederkehrten. In den ersten Tagen nimmt der Pat. zweistündlich ein Glas abgerahmte Milch (*skim-milk*), allmählig wird die Dosis gesteigert. Die Quantität variirt je nach dem Aussehen, Kräftezustand und Beschäftigung des Pat. und erreicht selten 2 – 3 Liter per Tag. Die Wirkung äussert sich in zweifacher Weise: als diluirende und als alkalisirende. Bei Phosphaten ist die Milchkur weniger indizirt und auch wirkungsloser.

E. Hertzka, Karlsbad.

Dr. H. Rottenbiller. — Zur Wirkungsweise des Hypnon bei Geisteskranken. — *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1887.

R. versuchte das Mittel durch einen Monat bei 11 Kranken. Er begann — da Dujardin-Beaumetz bei Erwachsenen Dosen von 3—4 Tropfen empfiehlt — mit Dosen von 2 Tropfen steigend bis zu 60 Tropfen — 1·5 Gramm (20 Gran), ohne irgend einen nennenswerthen beruhigenden oder schlafbringenden Erfolg zu erreichen. Er erhielt im Durchschnitt kaum 2stündlichen Schlaf, wo hingegen zurückgreifend auf 2—4 Gramm *Chloral* oder 3—5 Gramm *Urethan* er mehrstündigen, oft die ganze Nacht andauernden, unruhigen Schlaf erzielte. Auch blieb der mit grösseren Dosen Hypnon erzielte höchstens 4—5stündige Schlaf nicht konstant: schon den folgenden Tag war die Dauer des Schlafes bei derselben Dosis bedeutend kürzer. Ein Paralytiker blieb selbst bei 1·5 Gramm die ganze Nacht hindurch absolut schlaflos. Unangenehme Nebenerscheinungen hat er nicht beobachtet, und meint R., dass man bei Geisteskranken auch von diesem Mittel grössere Dosen anwenden kann, als bei anderen Kranken, ohne unangenehme Zwischenfälle befürchten zu müssen. E. Hertzka, Karlsbad.

Dr. Berkhan (Braunschweig). — Versuche die Taubstummheit zu bessern und die Erfolge dieser Versuche. — *Berl. kl. Woch.*, 1887.

Veranlasst durch die Schriften Braid's, in welchen mitgetheilt wird, dass mehrere von der Geburt, Taubstumme durch Hypnotisiren nach kurzer Zeit das Gehör zum Theil wieder erhielten, stellte Verf. in der Taubstummenanstalt 11 einschlägige Versuche an, von welchen bei 6 das Gehör durch die Hypnose in der That gebessert wurde.

Das Verfahren Berkhan's war folgendes: Zunächst wurde an den taubstummen Knaben das Gehörorgan genau untersucht, ebenso die Hörfähigkeit durch Läuten, Klatschen u. s. w. und die vollständige Taubheit konstatirt. Hierauf wurde während der Hypnose, die durch Anstarrenlassen einer glänzenden Glaskugel hervorgerufen wurde und in jedem Falle nach 5—9 Minuten gelungen war, die verschiedenen Vokale in die Ohren der Hypnotisirten gesprochen, die Glocke geläutet, oder gepfiffen, und sodann durch Anblasen die Hypnose aufgehoben. Dieselbe wurde so kurz als möglich erhalten, nach 8 Tagen wiederholt und im Ganzen bei Jedem 4—6 Mal vorgenommen.

Eine viertel bis halbe Stunde nach der Hypnose wurde die Hörfähigkeit wieder geprüft.

Bei 6 vollständig taubstummen Knaben war der Erfolg dieser Kur der, dass dieselben die Vokale a, o, u, e, i, einer auch seinen eigenen Namen, ferner Händeklatschen, Peitschenknallen auf der Strasse, Pferdebahnklingeln, den Schlag der Thurmuhr, Pfeifen des Eisenbahnzuges in der Entfernung hörten.

Diese Hörfähigkeit erhielt sich bei angestellten Nachprüfungen noch nach 1½ Jahren, so dass Verf. eine wirkliche Verbesserung der Hörfahigkeit und nicht blos eine vorübergehende Hyperästhesie des Gehörorgans anzunehmen berechtigt ist. E. Hertzka, Karlsbad.

M. Martin.—Death after Washing out a Dilated Stomach. —Addenbrook Hospital, Cambridge. — *Brit. Med. Journ.; M. Ch. Rdsch.*, 1887, Juli.

Der 48 J. alte Patient wurde vor 7 Jahren schon im Spitale wegen einer Pylorus-Striktur behandelt. Diesmal klagte er über Flatulenz,

Schmerzen, zunehmende Schwäche, mit häufigem schaumigen Erbrechen. Es wurde eine bedeutende Magendilatation konstatirt; im Erbrochenen Sarcinen. Nach einem 10tägigen Aufenthalte wurde eine Magenausspülung beschlossen. Kaum aber war der Schlauch im Magen, wurde der Pat. ohnmächtig, so dass das Instrument entfernt werden musste. Nach 2 Stunden trat Steifheit in den Kinnbacken mit Unmöglichkeit den Mund zu öffnen ein, zugleich auch Starrheit der oberen Extremitäten, die stark pronirt und flektirt waren, die Daumen eingezogen. Das Bewusstsein war erhalten und Pat. in profusem Schweisse liegend. Die Muskelstarre ergriff nach und nach alle Muskeln der Extremitäten wie des Stammes; die Temperatur stieg bis 43° C. 109° F. Es trat Pulslosigkeit, Zyanose ein, und bei einer Temperatursteigerung bis zu 45° C. 113° F. !! unmittelbar vor dem Tode, der *Exitus*. Bei der Autopsie wurde eine einfache Narbenstruktur im Pylorus und eine Magenerweiterung gefunden, keine Verletzung der mit dem Schlauche passirten Schleimhäute. Alle übrigen Organe incl. Gehirn und Rückenmark normal. Nach Martin handelte es sich im vorliegenden Falle um Tetanus, ohne vorhergehende Läsion an irgend einer Stelle. Von einer Strychninvergiftung konnte keine Rede sein. (Leider lässt sich dem Berichte nicht entnehmen, welcher Art die Sonde gewesen. Ich verwende prinzipiell keine Sonde aus Hartkautschuck und glaube, dass vielleicht die Anwendung einer solchen, Ursache der schweren nervösen Erscheinungen hätte abgeben können. Ref.) E. Hertzka, Karlsbad.

P. Grocco. — Zur Pathologie der Herznerven. — *Rivista clin.; C.-Bl. f. kl. M.;* 1887, 24.

G. bringt an der Hand von vier mikroskopisch sorgsam geprüften Fällen den Beweis dafür, dass eine Reihe von Herz- und Respirationssymptomen, wie Pulsbeschleunigung, Tachykardie, Pulsarythmie, Asthma, Kardialgien, stenokardische Erscheinungen etc., welche im Verlaufe von Nerven- und inthrathorazischen Erkrankungen zur Beobachtung kommen, sehr oft durch entzündliche und degenerative Prozesse der peripherischen Herznerven und Geflechte bedingt seien.

I. Primäre multiple Neuritis. Dauernde Erhöhung der Pulsfrequenz. Anfälle von Kardiospasmus und Angina pectoris; Gastralgien. Tod durch Spasmus laryngis. Neuritis parenchymatosa der Recurrentes Laryngei superiores, des Trunkus N. pneumogastrici, der Nervi und Plexus cardiaci, des Hals- und Bauchsympathikus, des Plexus cœliacus.

II. Lepra Græcorum. Kachexie; asthmatische Anfälle; kleiner frequenter Puls; interkurrente Pneumonie. Parenchymatöse Neuritis des Vagus und des Plexus cœliacus. In den affizirten Nerven fanden sich charakteristische Leprabazillen.

III. Insuffizienz und Stenose der Aortenklappen; mässige Dilatation der Aorta ascendens, relative Mitralinsuffizienz. Tod nach heftigen stenokardischen Attacken. Interstitielle Neuritis der Herzgeflechte im Anschluss an perikarditische Entzündungen.

Verfasser resumirt, dass die primäre, multiple, sowie die mykotische Neuritis (Lepra) auch die Herznerven befällt. Das sind parenchymatöse Prozesse, denen atrophische Zustände folgen; sie bedingen die Angina pectoris, wie andere Visceralkrisen durch Entzündung anderer Nerven hervorgebracht werden; irritative inthrathorazische Prozesse erzeugen (Fall III) interstitielle Prozesse, welche ebenfalls Degenerationen der Nervenfasern zur Folge haben. E. Hertzka, Karlsbad.

A. Frey. — Ueber den Einfluss der Schwitzbäder auf die Kreislaufstörungen. — *D. Arch. f. kl. Med.*, 1887.

F. wies schon früher nach, dass durch Schwitzbäder (irisch-römische, heisse Luftbäder) der Wassergehalt der Gewebe und des Blutes ganz wesentlich vermindert werden kann und dass sich die Beschaffenheit des letzteren damit verbessern lässt. Jetzt untersuchte er das Verhalten des Herzens und des Blutstromes. Dabei zeigte sich, dass während der Einwirkung der Wärme die Herzaktion beschleunigt wird und die Arterienspannung sinkt, dass die kalte Douche das gerade Gegentheil bewirkt und dass noch stundenlang nach dem warmen Bade verminderte Arterienspannung besteht. Frey meint, dass wir in diesen Bädern, ganz abgesehen von Fettleibigen mit Symptomen von Herzschwäche, bei denen sie vorzüglich wirken, ein sehr wirksames und bei vorsichtiger Anwendung ungefährliches Mittel gegen rheumatische Herzfehler mit leichten Kompensationsstörungen besitzen. Bedingung ist, dass der Herzfehler eben ein „rheumatischer", d. h. kein auf arteriosklerotischer Basis entstandener ist, und dass der linke Ventrikel noch über ein ausreichendes Maass von Kraft verfügt. Die Kranken müssen während des Bades sorgfältig überwacht werden. Die kalte Douche wird anfangs durch kühle spirituöse Waschungen ersetzt, kurz es darf keine Vorsichtsmaassregel ausser Acht gelassen werden. Der Erfolg ist dann oft ein auffallender, das Herz kräftigt sich, leichte Oedeme verschwinden, die Kranken fühlen sich freier, besser. Unterstützt wird die Kur durch eine nach den Oertel'schen Vorschriften geregelte Diät, eventuell durch Anwendung der schwedischen Gymnastik. Dass demnach gut kompensirte Herzfehler bei Rheumatikern keine Kontra-Indikationen gegen die heissen Luftbäder bilden, ist selbstverständlich. Ausser Herzkranken hat Frey auch chronische Nephritiskranke mit bestem Erfolg mit irisch-römischen Bädern behandelt, während Emphysematiker mit grösserem Nutzen die gewöhnlichen Dampfbäder benützten.

E. Hertzka, Karlsbad.

Prof. A. Weil (Heidelberg). — Ueber die hereditäre Form des Diabetes insipidus. — *Virchow's Archiv*, Bd. 95.

Bei einem an mässig insensiven Ileotyphus erkrankten 19jährigen Bauernburschen stellten sich mit dem Aufhören des Fiebers die Symptome eines *Diabetes insipidus* ein, der während des zweimonatlichen Spitalaufenthaltes konstant blieb. Auf eindringlicheres Befragen machte Patient die Angabe, dass der gesteigerte Durst und die vermehrte Urinabsonderung seit seiner frühesten Jugend bestanden und dass das „Wassertrinken" eine in seiner Familie erbliche Krankheit sei.

Weil stellte nun genaue Nachforschungen in Betreff der Familie des Patienten an und gelang es ihm nach grossen Mühen, Reisen etc., einen vollständigen Stammbaum zu entwerfen. Er konnte den Ausgangspunkt des Leidens bis auf den 1772 geborenen J. P. S. zurückführen, der im Alter von 83 Jahren starb. Von ihm stammen ab: 5 Kinder, 29 Enkel und 56 Urenkel, zusammen 91 Personen. Von diesen sind 23 mit Diabetes behaftet und zwar der Stammvater, 3 Kinder, 7 Enkel und 12 Urenkel. Von 13 (9 Enkel, 4 Urenkel) bleibt es fraglich, ob sie Diabetes hatten. Diese 13 abgerechnet, bleiben 78 Personen: der Stammvater und 77 Deszendenten. Da 23 diabetisch sind, so haben also 30 Prozent, nahezu ein Drittel, die Krankheit geerbt.

W. hat aus der Verfolgung der Krankheit durch vier Generationen folgende Sätze gefolgert:

Die Vererbung des *Diabetes insipidus* ist eine direkte, vom Vater auf Kinder, Enkel, Urenkel. Sie ist obligatorisch in dem Sinne, dass jedes mit Diabetes behaftete Familienglied, wofern es überhaupt mehrere Nachkommen besitzt, die Krankheit vererbt; fakultativ in dem Sinne, dass die Krankheit nicht auf alle, sondern nur einen Theil der Nachkommen übergeht, oder auf die Hälfte.

Da die Intensität der Erkrankung in der vierten Generation mindestens eben so gross ist als in den früheren, so ist die Annahme gerechtfertigt, dass die fünfte Generation eine noch grössere Zahl von Erkrankten aufweisen wird.

Männer und Weiber ererben und vererben die Krankheit mit gleicher Häufigkeit. Eine Vererbung mit Uebersprungen einer oder zweier Generationen ist nicht beobachtet worden. Die Konstitution der Familie ist eine ganz vortreffliche; die Glieder derselben erreichten zum Theil ein sehr hohes Alter. Ausser den obbenannten Symptomen (Polydipsie und Polyurie) macht die Krankheit keine Symptome; sie erreichen jedoch eine enorme Höhe meist und werden besonders in der Nacht sehr lästig. Der beobachtete Typhus hatte die Symptome des Diabetes völlig verdeckt. Dagegen hatte, wie die Mehrzahl der erkrankten Frauen angab, die Schwangerschaft den Durst und die Harnsekretion erheblich gesteigert. Weil glaubt festgestellt zu haben, dass es sich in seinen Fällen um eine besondere Form des *Diabetes insipidus* handelt, ausgezeichnet einmal durch die Heridität, dann auch durch eine besonders grosse Intensität der charakteristischen Erscheinungen. Er schlägt die Bezeichnung: Hereditärer Diabetes insipidus, gegenüber der anderen: hereditäre Polyurie und Polydipsie, vor. (Abgesehen von dem wissenschaftlich hohen Interesse der Arbeit, verdient Verf. um so mehr Anerkennung, als er genöthigt war, beschwerliche Reisen, Korrespondenzen etc. zu unterhalten, um die nöthigen Daten zu gewinnen. Wer sich für alle Kleinigkeiten der Weil'schen Arbeit interessirt, wird das Original mit Vergnügen durchlesen. Ref.) E. Hertzka, Karlsbad.

Dr. Paul Binet. — Studie über die Beziehungen von Schweiss und Speichel zur Ausscheidung.—Inaugur. Thèse. *Rev. de Méd.*, 1887.

B. kam zu folgenden Resultaten: Der Harnstoff geht nur in so geringer Menge in den Schweiss über, dass derselbe für die Ausscheidung von Harnstoff bei der Urämie nicht verwerthet werden kann, umsoweniger, als die Anwendung des Pilokarpins in solchen Fällen nicht gefahrlos ist; die Harnsäure geht selbst bei an Gicht leidenden Kranken nur in Spuren in den Schweiss über. Zucker geht nur schwer in den Schweiss über, leichter noch in den Speichel der Diabetiker.

Albumin konnte B. im Schweisse nicht auffinden, auch nicht eine Zunahme des Eiweissgehaltes im Speichel bei den verschiedenen Formen der Albuminueir, wie dies Semmola fand. Nach Injektionen von Benzoesäure fand er im Speichel Hippursäure.

Von den Metallen geht das Eisen nur sehr schwer in den Speichel und gar nicht in den Schweiss über. In Anbetracht des sehr geringen Ausscheidungsvermögens dieser beiden Sekretionsorgane ist auf deren therapeutische Beihilfe bei Elimination von dem Organismus feindlichen

Stoffen nur wenig zu rechnen. (In Bezug auf Zucker habe ich in mehreren Fällen sehr schön und leicht denselben im Schweisse des Diabetiker nachweisen können; ich liess durch mehrere Stunden ein Flanelltuch auf Brust und Achselhöhle liegend tragen und fand im Waschwasser dann stets Reduktion der Fehling'schen Lösung. Ref.)

E. Hertzka, Karlsbad.

Prof. E. H. Kisch (Prag-Marienbad). — Ueber lipogenen Diabetes.—*Berl. Klin. Woch.*, No. 46, 1887.

K. betrachtet den Diabetes als eine sehr häufige Begleiterscheinung, namentlich der hereditären *Lipomatosis universalis;* auch die Fälle ohne nachweisbare hereditäre Anlage (Fettmästung) zeigen, wenn sie lange Zeit dauern und nicht durch geeignete Maassregeln bekämpft werden, in einer grossen Zahl Neigung zum Diabetes. K. schätzt die Häufigkeit des Diabetes bei den hereditär belasteten Fällen auf 50 Prozent, bei den anderen auf 15 Proz.

Er giebt die Stammbäume von drei Familien, in denen die beiden pathologischen Zustände sich forterbten.

In der einen Familie vererbte sich die Lipomatose von einer an L. und D. leidenden Frau auf 2 Töchter und 4 Enkel und Diabetes auf 1 (kinderlose) Tochter.

In der zweiten Familie vererbte sich von einem an L. leidenden Manne auf einen Sohn (L und D.) und eine Tochter (L.), während die andere Tochter normal blieb. Von den 5 Enkeln zeigten 3 L., 1 D. und 1 L. und D. Zwei derselben stammten von der verschont gebliebenen Tochter ab. (Dieses Vorkommen von Atavismus ist praktisch von grosser Bedeutung in Bezug auf die Prognose in scheinbar nicht hereditären Fällen und fordert auch bei diesen zu eingehenden Nachforschungen auf. Ref.)

In der dritten Familie stammten von einem an L. leidenden Manne 1 Sohn mit Diabetes und 1 Sohn mit hochgradiger L. und später auftretenden D. ab. Von Letzterem 9 Enkel, deren 1 D. und die 8 anderen bedeutende L. entwickelten. Einer dieser 8 litt an temporärer Glykosurie.

K. räth desshalb an, in allen Fällen namentlich von früh entwickelter *Lipomatosis universalis* den Urin zu untersuchen; er fand, dass die Symptome des *Diabetes mellitus* dann zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre schon auftreten. Der Uebergang der einen Krankheitsform in die andere ist ein allmähliger und erst wenn die Anfangs freudig begrüsste Fettabnahme, der Durst und die Polyurie auffallend werden und zuletzt auch Furunculosis auftritt, wird der Zuckernachweis im Harne gemacht. Die Zuckermenge ist meist gering, von ½ bis 2, höchstens 3 Prozent und unter geeigneter Behandlung der *Exitus* auf Jahre hin fernzuhalten.

K. giebt zwei Krankengeschichten an, welche diese Thatsache illustriren.

Ausser der unzweckmässigen Lebensweise und der Heredität weisst K. zur möglichen Erklärung dieser Kombination von L. und D. auf Seegen's einschlägige Erörterungen hin. Die Fettanhäufung verursacht einen gewissen wachsenden Druck auf die Leber, so dass das reichlich in derselben vorhandene Leberamylum in's Blut übertritt und daselbst zur Zuckerbildung führt, wie Pavy zuerst vermuthet. Dagegen spricht nun allerdings, dass viele Fettleibige auch wenn sie eine „Mastfettleber" haben, nicht Diabetes bekommen.

Deshalb glaubt K., dass die destruktiven Veränderungen, welche die

Muskeln bei hochgradiger L. erleiden, wohl eher zur Erklärung des Konnexes zwischen Fettsucht und Diabetes heranzuziehen sind. Die Durchwachsung derselben mit Fett, die Auseinanderzerrung der Muskelfibrillen, die fettige Degeneration der letzteren, sowie die dadurch beeinträchtigte Muskelarbeit, vermindern die normale Fähigkeit der Muskeln, Zucker in Glykogen zu verwandeln oder hebt sie ganz auf.

Schliesslich betont er als zur Erklärung der Entstehung des lipogenen Diabetes wie der Lipomatosis universalis am wichtigsten eine angeborene abnorme Beschaffenheit der Gewebszellen: Die Fette werden in denselben ungenügend verbrannt, der Zucker nicht vollends fermentirt und oxydirt.

G. W. R.

Dr. R. Hirsch (Hannover). — Ueber subkutane Antipyrininjektionen. — *Berl. klin. Woch.*, No. 46, 1887.

Ueber diese von G. Seé und S. Fränkel bereits angewandte Methode berichtet H. sehr günstig.

Eine 50prozentige Antipyrinlösung wird bei Neuralgien, Ischias, Gelenk- und Muskel-Rheumatismus etc. in die am meisten schmerzhafte Stelle in der Richtung des Schmerzes injizirt. Der Erfolg soll eklatant sein und lokal keine üblen Folgen haben.

Zur Reinigung der Kanüle ist eine zweiprozentige Karbollösung mehrmals durchzuspritzen. G. W. R.

J. Hess. — Versuche über peristaltische Bewegung und über die Wirkung der Abführmittel. — *D. Arch. f. kl. Med.*, 40. Bd., 1887.

Ueber die Wirkungen der Abführmittel sind die Ansichten noch sehr getheilt. Einige wollen die Wirkung der Mineralsalze durch einen rein physikalischen Akt, die Endosmose und Exosmose, erklären. Andere behaupten, die Salze gelangen wegen ihres geringen Diffusionsvermögens mit ziemlich viel Wasser in den unteren Theil des Darmkanals, welcher gewöhnlich einen konsistenteren Inhalt hat und werden aus diesem schnell entleert; die beschleunigte Peristaltik ist nur eine Folge der Anwesenheit einer grösseren Menge von fremdartigen Stoffen im unteren Darmabschnitt. Ebenso wenig einig ist man über die Wirkung der *Drastica*, wo bald eine Darm-Kapillarentransudation, bald eine Beschleunigung der Peristaltik mit vermehrter Sekretion, dann eine Verhinderung der Resorption oder Nervenreiz etc. angenommen werden.

Die Methode des Verfassers, mit der er sich an die Bearbeitung dieser Frage machte, ist folgende: Man legt einem mittelgrossen Hunde in der Nähe des Pylorus eine Magenfistel an, so dass man mit dem Finger leicht in's Duodenum gelangen kann. In das Duodenum wird ein gestielter Kautschukballon eingeführt, der in mässiger Spannung etwa 20—30 cm. fasst. Mit dem Stiele des Ballons ist ein langes dünnes Kautchukrohr verbunden, auf welchem aussen eine Centimeter-Eintheilung aufgetragen ist, während sein Inneres, um die Dehnung zu verhindern, von einem dicken Bindfaden durchzogen wird. Nach Einführung des Ballons in das Duodenum kann derselbe am offenen Schlauchende leicht gefüllt werden. Bei passend gewählter Füllung sieht man nun sehr bald, wie allmählig der Schlauch in die Fistelöffnung eingezogen wird, was nur durch die peristaltischen Bewegungen geschehen kann. Den Fortschritt der Peristaltik kann man leicht an der

Theilung des Schlauches ablesen. Hat der Schlauch eine genügende Länge, so durchwandert der Ballon den ganzen Darm und wird mit dem Kothe entleert. Die Versuchsthiere verhalten sich bei diesen Versuchen ganz normal.

Durch diese Methode konnte H. die Ansicht früherer Autoren, die Peristaltik beginne nicht unmittelbar am Pylorus, sondern erst weiter nach unten, bestätigen, denn die kräftige Vorwärtsbewegung des Ballons begann erst, wenn derselbe einige Centimeter in das Duodenum vorgeschoben war. Der Ballon bewegt sich zuerst rascher, dann langsamer den Darm hinab. Die Bewegung ist keine gleichmässige, sie erfolgt absatzweise, bald schneller, bald langsamer, und ist nicht selten von längeren Pausen unterbrochen. Der Einfluss der Athmung auf die Peristaltik konnte nicht konstatirt werden. Während der Nacht ist die peristaltische Bewegung bedeutend verlangsamt, respektive hört ganz auf. Die peristaltische Bewegung des Dickdarmes scheint bedeutend langsamer als die des Dünndarmes. Die Versuche mit *Natr. sulf.*, *Ol. Ricini*, *Senna* und *Ol. Crotonis* ergeben alle das übereinstimmende Resultat einer starken Beschleunigung der peristaltischen Bewegung, welche die normale bis auf das Siebenfache übersteigt. Dabei machte es den Eindruck, als ob das Krotonöl auf die Peristaltik des Dünndarms, das Rizinusöl mehr auf die Peristaltik des Dickdarmes beschleunigend wirke. Um die Wirkungsweise der verschiedenen Abführmittel zu erklären, wurden ausser den oben genannten noch Calomel, Fruct. Colocynth., Gummi Gutti und die Gallensäure in Betracht gezogen. Bei allen diesen ergab sich, dass alle in wirksamster Dosis verabreicht keine Diarrhöe zu erzeugen vermögen, wenn sie durch den im Dünndarm liegenden und aufgeblasenen Ballon verhindert werden, in den unteren Theil des Darmes zu gelangen.

Alle geprüften Mittel erzeugen also die Diarrhöe nur durch unmittelbare Einwirkung auf die Schleimhaut des Darmes; auch jene Mittel, welche in die Blutbahn injizirt, Diarrhöe erzeugen, werden im Darm zu langsam und in zu geringen Mengen resorbirt, so dass dieselben, durch den Mund einverleibt, auch nur durch den direkten Kontakt mit der Darmschleimhaut ihre Wirkung zu entfalten vermögen. E. Hertzka, Karlsbad.

Dr. J. Boas (Berlin). — Ueber das Tropäolin-Papier als Reagens auf freie Salzsäure im Mageninhalt. — *D. Med. Woch.*, No. 39, 1887.

Im Anschlusse nn und als Ergänzung des Hertzka'schen Referates*) wird unseren Lesern die in dieser Arbeit vorgeschlagene Verbesserung der zur Prüfung des Magensaftes angegebenen Methode willkommen sein.

Boas wurde durch den Umstand, dass die Gegenwart von Peptonen resp. Albumosen die Prüfung des Magensaftes auf HCl sehr stört, oft sogar illusorisch macht, dazu veranlasst, ein Tropäolinpapier herzustellen. Zu diesem Zwecke wird gutes schwedisches Filtrirpapier einer 24-stündigen Imbibition einer gesättigten alkoholischen Lösung von Tropäolin unterworfen und dann getrocknet.

---

*) Die neuere Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten in No. 4, Bd. IV. der N. Y. Med. Presse, Seite 134—138.

Tropft man nun auf einen Streifen dieses Papieres einen Tropfen des (filtrirten oder unfiltrirten) Mageninhaltes, so erhält man bei hoher Azidität eine stark rothbraune Färbung, welche sich an den Rändern in manchen Fällen mehr in's Violette abtönt. Will man nun nachweisen, ob man es mit organischer oder mineralischer Säure zu thun hat, so erhitzt man den Streifen leicht über der Alkoholflamme. Im Falle der Anwesenheit von HCl geht hierbei die rothbraune Färbung in ein je nach dem Salzsäure-Gehalt mehr oder weniger gesättigtes Lila über, welches bei Aetherzusatz persistirt. Ist die Azidität dagegen auf organische Säuren zu beziehen, so entsteht bei hohem Säuregehalt zwar auch eine rothbraune Färbung des Papiers, die aber schon beim Trocknen allmählich abnimmt und beim Erhitzen sich völlig verliert. Eine der oben erwähnten Lilafärbung ähnliche Nüance kann man auch bei dieser Modifikation selbst durch 1prozentige Milch- oder Buttersäurelösungen nicht erhalten. (Dieselbe Lilafärbung kann man übrigens auch durch einfaches Trocknen des Papieres hervorrufen, in welchem Falle dieselbe noch schärfer und gleichmässiger auftritt.)

Bei sehr geringer Azidität und schwacher Färbung des Tropäolinpapieres empfiehlt es sich überhaupt, die Magenflüssigkeit einige Zeit auf das Papier einwirken und dann dasselbe trocknen zu lassen und in der angegebenen Weise zu erhitzen.

Durch Kontrolversuche stellte B. ferner fest, dass durch diese Probe noch ein Salzsäuregehalt von 0,05 Prozent nachgewiesen werden kann und ferner, dass alle die Probe gebenden Flüssigkeiten Fibrin und Eiweiss verdauen, während, wenn diese Färbung nicht eintrat, auch die Verdauungsprobe negativ ausfiel. Ein Mageninhalt also, der auf Tropäolin nicht in der charakteristischen Weise reagirt, lässt mit Sicherheit auf eine Insuffizienz des Chemismus schliessen

B. verwahrt sich am Schlusse dagegen, dass er damit den Gebrauch aller anderen Farbstoffe und Reagentien überflüssig machen wolle. Dieselben seien ja bei exakten wissenschaftlichen Untersuchungen zur Kontrolle und Vergleichung von grösstem Werthe.

Für den praktischen Arzt jedoch ist diese Methode ihrer Einfachheit und Sicherheit halber empfehlenswerth; zum Nachweise freier Salzsäure im Mageninhalte und approximativer Schätzung des Säuregehaltes selbst wird das Boas'sche Tropäolinpapier eine bleibende Stelle einnehmen. G. W. R.

Prof. A. Bokai. — Beiträge zur Pharmakodynamik des Antifebrins. — *D. M-d. Woch.*, No. 42, 1887.

B. hat im Klausenburger Institute für experimentelle Pathologie und Pharmakologie die Wirkung des Acetanilids an verschiedenen Thiergattungen geprüft. Die wichtigsten Resultate sind kurz die folgenden:

Eine mit 6prozentigem Kochsalzwasser bereitete Antifebrinlösung (von 0,5 Prozent) tödtet zwar Infusorien und Amöben, nicht aber eigene Bewegung zeigende Bakterien (Spirillen, Bazillen etc.); ebenso sistirt sie die amöboiden Bewegungen der farblosen Blutzellen des Kaninchens. Dieselbe Lösung löst die rothen Blutkörperchen verschiedener Thiere sowie auch des Menschen auf.

Durch längere Einwirkung dieser Lösung auf Froschmuskeln wurde eine dem Curarin ähnliche lähmende Wirkung der Muskelfasern und der motorischen Nervenendigungen (nicht aber des Nervenstammes) bewirkt und zwar die letzteren früher und anhaltender, als die ersteren.

Toxische Dosen von Antifebrin wirken reizend, tödtliche Dosen läh-

mend auf das vasokonstriktorische Zentrum des verlängerten Marks.

Nach seinen, durch Experimente an Thieren (Kaninchen und Hunden) gewonnenen Erfahrungen glaubt B. annehmen zu müssen, dass die beim Menschen nach grösseren Dosen eintretende Zyanose grösstentheils durch Gefässkrampf entsteht.

In toxischen Dosen verabreicht, lähmt das Antifebrin die sensitiven Elemente des Rückenmarkes, während es auf das Gehirn keine nachweisbare Wirkung hat.

Die die Wärme herabsetzende Wirkung des A. glaubt B. auf die paretische Wirkung desselben überhaupt beziehen zu müssen. Ferner wirkt beim Menschen neben der durch die Lähmung der Hautgefässe gesteigerte Wärmeausstrahlung noch der oft sehr kopiöse Schweiss mit. Auch glaubt B. eine Bildung von Methämoglobin bei hohen, nahezu toxischen Dosen annehmen zu müssen, sowie eine beginnende Zersetzung der rothen Blutkörperchen.

Endlich wies B die Verringerung der Wärmeproduktion direkt durch Versuche an Hunden nach und fand, dass trotz geringer Wärmeausstrahlung die Körpertemperatur bedeutend sank.

Dass daher das Antifebrin den Stickstoffgehalt des Urins mächtig herabsetzen muss, ist leicht einzusehen. Er verspricht ausführliche Berichte über von einem seiner Schüler (Emanuel Deutsch) angestellte Experimente über diesen Punkt. G. W. R.

Therapeutische Notizen.

Salol gegen Sordes, Angina und Stomatitis.

Da das Salol in Wasser kaum löslich ist, so gebraucht Georgi folgende Methode: „Er hält eine Lösung von Salol in Alkohol vorräthig (4 bis 5 : 100). Davon werden zum Gebrauch frisch fertiggestellt ein Gurgelwasser, welches in 200,0 (℥vi) etwa 8,0—10,0 (℥ii bis ℥iiss) der alkoholischen Lösung enthält und sofort verbraucht. G. berichtet, dass die Tonsillen sich in kurzer Zeit von allen Sekretpfröpfchen reinigten. Auch die Zunge verliert bald dicke, schmutzige Beläge, wie überhaupt die Mundhöhle der Typhuskranken oder Phthisiker mit übelriechendem Auswurfe schnell und dadurch gründlich desinfizirt wird. G. glaubt, dass die Unlöslichkeit des Salol's die Ursache ist, insofern sich Kryställchen desselben ausscheiden und in allen Schleimhautfalten und -rissen festsetzen und erst ganz allmälig in Lösung kommen und eine lang anhaltende Wirkung ausüben.

(*Berliner Klin. Woch.*, No. 10, 1887.)

Ein Antisyphiliticum und Antirheumaticum.

Als Dr. Marion Sims vor einigen Jahren berichtete, welch' bemerkenswerthe Resultate bei der Behandlung von Syphilis mittelst einer aus vegetabilischen Stoffen zusammengesetzten Mixtur erzielt wurden, begegnete man ihm mit ungläubigem Lächeln. Dieses Präparat, bekannt unter dem Namen *Succus alterans*, (McDade's) wird aus folgenden Pflanzensäften bereitet: *Stillingia sylvatica, Lappa minor, Phytolacca decandra, Smilax sarsaparilla* und *Hämatoxylum carolinianum;* es hat schon in ausgedehnter Weise den Gebrauch des Quecksilbers und des Jodka-

liums verdrängt, sowohl bei Behandlung der Syphilis, wie auch bei den zahlreichen Formen der Skrophulose als Tonikum. Durch die Darreichung desselben wird der Appetit gehoben und die Patienten nehmen zu, ganz im Gegensatze zu der Wirkung, welche durch meist heroische Dosen von Quecksilber und Jodpräparaten hervorgerufen werden. *Succus alterans* wird auch gegen Rheumatismus, namentlich gegen chronischen, sehr gern von den Aerzten verschrieben. Da derselbe in dieser Beziehung nur auf seine wirksamen Eigenschaften hin verschrieben worden is , ohne besondere Empfehlung, so ist dies gewiss das beste Zeugniss für seinen Werth. (*Mass. Med. Journal.*)

Ein gutes Abführmittel.

Zur Beseitigung chronischer Obstipation werden die verschiedensten Mittel angewendet ; die Wirkung derselben ist jedoch meist eine vorübergehende. Dr. George W. Hoagland in Columbus, Ohio, berichtet, dass er das *Elixir purgans* (Lilly's) mit grosser Genugthuung gebraucht und dasselbe allen Kollegen empfehlen kann. Dieses Präparat wird sehr viel im hiesigen *Carney Hospital* und im *Lying in Hospital* gebraucht; ebenso im *Children's Hospital* zu New York, im *New York Hospital* u. a. m. Auch von Aerzten wird es viel verschrieben. Dr. G. A. Jordan in Worcester, Mass., sagt, dass es der beste *Motor alvi* sei, den er kenne und jedesmal zufriedenstellend wirke. *Mass. Med. Journal.*

Papoid. Prof. Dr. Oertel berichtet in seinem Beitrag über die Lösungsfähigkeit des Papoid (Respirationsorgane in *Ziemssen's Handb. d. allg. Therapie*, pag. 1751.). In einer Stunde war ein grosses Stück diphtheritischer Membran (das von einem Kinde aus der Trachea heraufgehustet worden war) von einer 5proz. Lösung vollständig aufgelöst bis auf einen mässigen wolkigen Bodensatz. Letzterer verschwand nach 6 Stunden vollständig. — Prof. Rossbach empfiehlt desshalb das Einpinseln einer solchen Lösung oder die Anwendung derselben als *Spray* mit Bergson's Apparat, welcher kein Dampf-Inhalator ist.

Erfolge bei Larynx-Exstirpationen wegen Carcinom.

In der Sitzung der *Berliner Med. Gesellschaft* vom 16. November berichtet Dr. Eugen Hahn, der Direktor der chirurgischen Station am Krankenhaus Friedrichshain über die Endresultate seiner wegen Krebs ausgeführten Kehlkopfexstirpationen.

Von seinen 15 Operationen waren sechs halbseitige; von diesen leben noch vier; zwei derselben sind geheilt, einer hat einen Rückfall bekommen und der vierte war erst an demselben Tage (16. Nov.) operirt worden.

Von den neun mehr oder weniger vollständigen, beiderseitigen Opérationen ist nur einer noch am Leben ; derselbe war zur Zeit der Operation 69 Jahre alt, lebt heute noch nach sieben Jahren (also im 76. Lebensjahre) und befindet sich völlig wohl. Einer der Patienten lebte noch $1\frac{1}{4}$ Jahr nach der Operation,

starb jedoch an einem Rezidiv. Dr. Hahn ist der Ansicht, dass die Diagnose und namentlich die Operation meistens zu spät gemacht werden. Dies gilt weniger von der weichen Form des Kehlkopfkrebses, welcher die umgebenden Weichtheile infiltrirt, wogegen diejenige Krebsform, welche mit grosser Neigung zur Verhornung der Zellen einhergeht, nicht früh genug exstirpirt werden kann.

Bei der vorerwähnten weichen Form des Kehlkopfkrebses widerräth Dr. Hahn die Exstirpation und ist der Ansicht, dass bei solchen Patienten die Tracheotomie das beste Verfahren sei, um das Leben des Patienten zu verlängern.

Zu letzteren Fällen scheint derjenige des deutschen Kronprinzen zu gehören, da jetzt nur noch von der in Aussicht stehenden Tracheotomie, nicht aber von einer vorzunehmenden Exstirpation berichtet wird.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend.

Offizielles Protokoll.

Sitzung vom 3. Oktober 1887.

Vorsitzender: Präsident Dr. L. Weber.
Sekretär: Dr. Willy Meyer.

Nach Verlesung des Protokolls findet eine kurze Exekutiv-Sitzung statt, in welcher zwei neue Kandidaten aufgemommen werden.

Dr. Willy Meyer stellt einen Fall von neuropathischer Affektion des linken Kniegelenks (*Arthropathia Tabidorum*) bei einem 38jährigen, verheiratheten, seit 3 Jahren beginnende und allmählig zunehmende Symptome von Tabes zeigenden Manne vor. Redner hebt in seinen erläuternden Bemerkungen die noch der Kontroverse unterliegenden Ansichten über die Aetiologie und Natur der Krankheit hervor, und weist auf die Differential-Diagnose gegenüber der *Arthritis deformans* und *A. traumatica* hin. Die eine diesbezügliche Diagnose ermöglichenden, hier in ausgezeichneter Weise entwickelten typischen Symptome werden angegeben und an dem Patienten demonstrirt, zum Schluss auch Prognose und Therapie dieser nicht sehr häufig gefundenen interessanten Gelenks-Affektion kurz berücksichtigt. Bei dem vorgestellten Patienten hält Redner die *Resectio genu* indizirt. — Der Fall wird demnächst anderweitig *in extenso* veröffentlicht werden.

Diskussion.

Dr. L. Weber hat mehrere einschlägige Fälle gesehen. Etwa 10 Prozent der Tabeskranken zeigen diese eigenthümliche Form von Gelenkserkrankung, welche der Hauptsache nach in Desorganisation der das Gelenk komponirenden Theile mit oder ohne grosse Ergüsse in dasselbe besteht. Bezüglich der Aetiologie stehen sich noch zwei Ansichten diametral gegenüber. Die eine ist, dass das Auftreten einer desorganisirenden Gelenksaffektion immer darauf hinweist, dass entweder eine Degeneration der grauen Vorderhörner vorliegt oder patho-

logische Prozesse in den Spinalganglien vorhanden sind. Dem gegenüber behaupten von Volkmann und seine Nachfolger, dass bei der vorhandenen Analgesie ein geringes Trauma genügt, um die schweren Veränderungen zu erzeugen.

Redner sah im Jahre 1869 seinen ersten Fall. Derselbe betraf einen 58-jährigen Herrn mit einer *Tabes classica*, die schon längst aus dem Initialstadium heraus war. Das rechte Handgelenk und mehrere Fingergelenke waren ergriffen, ohne in ihrer Funktion wesentlich beeinträchtigt zu sein. Die Erscheinung ging wieder zurück ohne hochgradige Veränderungen hervorgebracht zu haben.

Der 2. Fall fand sich bei einem Kaufmann von 60 Jahren mit Ataxie und gleichzeitigem Diabetes. Es bestand ein ziemlicher Erguss im Kniegelenk, der bei ruhigem Verhalten wieder rückgängig wurde. Später kamen Nachschübe. Ueber die weiteren Schicksale des Kranken kann Redner Nichts mittheilen.

Auf dem vorjährigen Chirurgen-Kongresse in Berlin hat Dr. Weber die Präparate Prof. Czerny's gesehen, 3 Kniegelenke von Patienten mit Tabes und Syringomyelie. In allen fanden sich gewaltige Knorpel-Veränderungen und kolossale Usur der Knochen. Redner glaubt, dass die Analgesie allein nicht genügt, wie von Volkmann meint, diese schweren Destruktionen zu erzeugen. Es müssen Trophoneurosen mit im Spiele sein. Redner freut sich, den Fall gesehen zu haben. Das Bild zeigt, dass man bei solchen Zerstörungen nach leichtem Trauma auch ohne genauere Nachforschung nach tabischen Symptomen die Diagnose auf *Arthropathia Tabidorum* stellen kann.

Bezüglich der Therapie ist er der Ansicht, dass es hier mit der Resektion noch keine Eile hat. Vielleicht gelingt es, bei antiluetischer Behandlung die augenscheinlich vorhandene Fraktur im Tibiakopfe zur Ausheilung zu bringen, resp. dem Patienten zu ermöglichen, mit einer Prothese zu gehen.

Dr. Willy Meyer erwidert, dass von Volkmann auf dem diesjährigen Chirurgen-Kongresse bei der Diskussion des Sonnenburg'schen Vortrags über *Arthropathia Tabidorum* ausdrücklich hervorgehoben hat, dass eine Knochenbrüchigkeit in Folge von Tabes immer vorhanden sei, auch wenn, wie I. Israel dies in einem von ihm operirten Falle gefunden, derselbe den Eindruck der Kompaktheit mache. An eine Heilung der intrakapsulären Fraktur in diesem Falle durch längere Fixation glaubt Dr. Meyer nicht. Es würde das allen bisherigen Erfahrungen widersprechen. In dem eben erwähnten Falle von Israel waren 4 Fragmente des Tibiakopfes durch lockere, sulzige Massen miteinander verbunden. Eine Prothese würde allerdings dem Patienten eine Zeit lang das Gehen ermöglichen. Doch ist dieselbe sehr kostspielig, und Patient lebt in ärmlichen Verhältnissen. Längeres Warten scheint ihm aber um so weniger indizirt, als eine Operation — die über kurz oder lang doch gemacht werden muss — im ataktischen Stadium gar keine Chancen hat, Patient aber schon seit 3 Jahren im Initialstadium sich befindet. Das Richtigste scheint ihm deshalb baldige Resektion zu sein, um den Patienten wieder arbeitsfähig zu machen. Diese ist auch in fast allen vorgeschrittenen bisherigen Fällen von anderen Chirurgen ausgeführt worden.

Es folgt die

Demonstration einer tuberkulösen Niere,

mit welcher (*intra vitam*) *Ureteritis* und *Cystitis tuberculosa* vergesellschaftet waren, durch

Dr. John Schmitt. Redner knüpft daran laut Ankündigung Bemerkungen „über den diagnostischen Werth der Ureterenbetastung beim Weibe."

(Wird anderweitig *in extenso* veröffentlicht werden.)

Diskusssion.

Dr. C. Heitzmann hat den Harn dieser Patientin 2—3mal vor ihrem Tode untersucht; konnte niemals Zylinder konstatiren, nur chronische katarrhalische *Cystitis* und *Pyelitis*. H. hat vor Jahren ca. 200 Leichen mit Rücksicht auf Nierentuberkulose obduzirt und jedes Mal interstitielle and katarrhalische Nephritis gefunden. Nur sehr ausnahmsweise konnte er kroupöse oder parenchymatöse nachweisen. Er hat damals darauf aufmerksam gemacht, dass Tuberkulöse niemals gesunde Nieren haben. Es steht heute so ziemlich fest, dass irgend eine chronische oder akute Krankheit, welche lethal endet, ohne Ausnahme auf die Nieren reflektirt, so dass man auf dem Leichentische fast niemals normale Nieren findet. Dr. Schmitt hat in diesem Harne später Tuberkel-Bazillen nachgewiesen. Die vorliegende Form ist selten: die richtige Nieren-Phthise; die miliare ist viel häufiger.

Dr. J. W. Gleitsmann's angekündigter Vortrag:

Demonstration einer galvanokaustischen Schlinge

muss ausfallen, weil die Apparate vom Fabrikanten noch nicht eingelaufen sind.

Dr. Geo. W. Rachel's Vortrag:

Rheumatismus bei Kindern

wird fast eine Stunde einnehmen und desshalb auf nächste Sitzung verschoben.

Auf Ersuchen des Präsidenten, interessante Fälle aus der Praxis mitzutheilen, erzählt

Dr. A. Seibert, dass er im letzten Jahre Gelegenheit hatte, die tuberkulöse Niere eines Mannes in einer der „Wissenschaftlichen Zusammenkünfte deutscher Aerzte" zu zeigen. Der rechte Ureter hatte Fingerdicke und war voller tuberkulöser Geschwüre. Beide Nieren waren ergriffen.

Bezüglich der Differential-Diagnose möchte S. auf die Hämaturie aufmerksam machen. Bei eitrigem Urin und Erscheinungen von Pyelo-Nephritis kann es schwer sein, zwischen Karzinom, Tuberkulose, Nierensteine oder Nierenbecken-Entzündung durch Gonokokkus zu unterscheiden.

Redner führt dann noch einen von Dr. F. Lange vor 3 Jahren zweimal operirten Fall von Nierenstein an. Nach Inzision und Drainage des Beckens der Stein-Niere trat 1 Jahr später durch Verstopfung des andern Ureters mit Schleimpfropfen plötzliche Anurie ein: Nephrotomie, Ausspülung des Propfes durch starken Wasserstrahl, Heilung *).

Manchmal glaubt man sicher zu sein, dass ein Nierenstein gefunden werden müsse; die Operation enthüllt aber Pyelo-Nephritis mit Verstopfung des Ureters.

Dr. Willy Meyer, prot. Sekr.

*) S. Protokoll der Oktober-Sitzung, No. 6, Bd. II., p. 273 der Presse.

Wissenschaftliche Zusammenkünfte deutscher Aerzte von New York.

Offizielles Protokoll.

Sitzung vom 23ten September 1887.

Vorsitzender: Dr. W. Balser.
Sekretär: Dr. E. Fridenberg.

Prof. Dr. Busch von der „Zahnärztlichen Anstalt" in Berlin demonstrirt:

Pathologisches Elfenbein.

A. Abzessbildung mit Abschluss gegen die Pulpenhöhle durch sekundäre Dentinbildung.

1. Basis vom Stosszahn des Elephanten mit bedeutender Zerstörung.
2. Alveolartheil, eine zweite abgegrenzte Höhle neben der Pulpenhöhle enthaltend.
3 u. 4. Pulpenhöhle und Abzesshöhle, letztere noch trockenen Eiter enthaltend.
5. Neugebildetes dentritisches Dentin in einer Abzesshöhle.
6. Nadelförmig neugebildetes Dentin.
7. Eine Abzesshöhle im soliden Dentin, ohne Verbindung mit der Pulpa oder der Wurzelhaut.

Diesen Befund könne man sich nur erklären, wenn man annehme, dass während der Kindheit des Thieres sich ein Pulpenabszess gebildet habe, durch Neubildung von Dentin abgegrenzt worden sei und mit dem Zahne — der Stosszahn des Elephanten ist ein immer wachsender Zahn — gewachsen sei.

B. Geheilte Frakturen.

1. Zahnfraktur durch Kallus geheilt.

Ein seltener Befund, weil die Kommunikation mit der Mundhöhle Asepsis ausschliesst.

2. Längsfissur des Alveolartheiles — an vielen Stellen mächtige Dentin-Kallusbildung.

C. Kugeln im Stosszahn des Elephanten.

1. Alveolartheil von einer Fissur durchsetzt; abgeschlossene Abszesshöhle, eine schmiede-eiserne Kugel enthaltend.
2. Längsblei im Dentin-Schusskanal, durch sekundäre Dentinbildung, die nicht von der Pulpa ausgegangen sein kann, ausgefüllt.

D. Dentikelbildung.

1. Interstitiell sehr selten.
2. Pulpär sehr häufig. (Bisweilen beim Menschen entweder
   a) wandständig;
   b) nach Resorption der Wand freiliegend.)

Diskussion:

Dr. Heitzmann: Das Vorkommen eines Abszesses mitten im Dentin eines ausgewachseneu Zahnes ist bei Zugrundelegung der jetzt noch allgemein gelehrten Zellentheorie, schwer oder überhaupt nicht zu erklären. Die Annahme einer im jugendlichen Zahne stattgefundenen Abszessbildung ist gezwungen. Nimmt man, wie ich es schon jahre-

lang gelehrt habe, an, dass die Grundsubstanz lebt, so ist die Erklärung leicht. Das Dentin ist eben ein lebendes Gewebe, in dem Stoffwechsel stattfindet, wie aus der Absorption der Kalksalze bei Typhus, Puerperalfieber etc. hervorgeht; es reagirt auf Reiz, wie irgend eine Bindesubstanz durch Entzündung, die je nach ihrer Intensität zu Gewebsneubildung oder zu Destruktion, Abszessbildung etc. führt. Hierauf basirt unter anderem das Verfahren der Zahnärzte, bei kalksalzarmen Zähnen temporäre, wenig reizende Füllungen, die nach mehreren Monaten den Zahn hart und für die stärker reizende Goldfüllung geeignet machen, anzuwenden.

Dr. A. Jacobi: Bei so selten beobachteten Prozessen ist es unnöthig, das Dentin als einen selbstständigen Abszessbildner aufzufassen. Für die Annahme der Busch'schen Erklärung spricht:

1. Die grössere Disposition zur Entzündung in jungen Geweben.
2. Die jahrelange Latenz und Einkapselung von Abszessen, selbst in so wenig resistenten Geweben wie das Gehirn. Auch für die Dentikelbildung müsse man bei dem Elephanten wie bei dem Menschen den Ursprung in weiches Gewebe verlegen.

Dr. Busch: Dass Stoffwechsel im Dentin stattfindet, ist zweifellos; Proliferation aber und Neubildung sind nicht erwiesen.

Demonstration eines Chlormethyl-Apparates.

Dr. G. W. Jacoby demonstrirt einen Apparat zur Aufspeicherung des Chlormethyls unter hohem Druck. Das seit 40 Jahren bekannte Gas wird jetzt reiner und billiger dargestellt. Debove behandelte, indem er das ausströmende Gas, auf die ganze Extremität oder auf den Sitz der Neuralgie einwirken liess und durch Erfrierung der Haut einen gewaltigen Reiz setzte, mit Erfolg viele Fälle von Neuralgie. In allen Fällen wurde der Schmerz gelindert, in vielen geheilt. Das bei 28° C. luftförmige Gas wird unter hohem Druck aufgespeichert und bringt bei dem Entweichen eine Temperatur von —23° C. hervor.

Der Ausflusshahn wird durch eine Mikrometerschraube regulirt und soll die Epidermis allein erfroren werden. Die Heileffekte durch den starken Hautreiz zu erklären ist nicht statthaft. J. glaubt, dass die Neuralgie bedingt ist durch eine Affektion der *Nervi Nervorum*, diese werden durch die kolossale Kälte zerstört oder auf lange Zeit lahm gelegt. Versuche mit anderen komprimirten leichten Gasen haben bedeutend geringere Wirkung ergeben.

Dr. A. Jacobi: Wenn es nur auf die Kältewirkung ankommt, müsste man mit einem sehr grossen *Rhigolene-Spray* die nämlichen Resultate bekommen.

Digitalis bei Cerebrospinal-Meningitis.

Dr. Seibert wandte bei einem 18 Monate alten, an Cerebrospinal-Meningitis erkrankten Kinde, bei dem Opisthotonus, Besinnungslosigkeit, weite Pupillen, eine Temparatur von 102° F. und Pulsfrequenz von 160 beobachtet wurde, zur Regulirung der Herzthätigkeit sehr grosse Dosen von Digitalis, nämlich 5 Tropfen des *Extractum fluidum* alle 2 Stunden, 48 Stunden hintereinander wiederholt an und drückte damit auf mindestens 24 Stunden die Pulsfrequenz bis auf 80 herab. Nach Abheilung der Meningitis blieb Darmkatarrh bestehen und starb das Kind 4 Wochen später an Hämaturie. S. berichtet ferner einen Fall von Larynxdiphtherie bei einem 4jährigen Kinde, welches intubirt wurde.

Diskussion.

Dr. A. Jacobi: Gewöhnlich wird Digitalis nicht in genügend grossen Dosen gegeben und tritt desshalb in akuten Fällen die gewünschte Wirkung zu spät ein. Auf die Nieren übt das Digitalis einen starken Reiz aus, und trotzdem bei Cerebrospinal-Meningitis spontan Hämaturie auftritt, ist dieselbe hier wahrscheinlich Digitaliswirkung. Bei der Anwendung des Digitalins, welches nicht ein Alkaloid ist, müsse man die wechselnde Zusammensetzung und Stärke des Medikamentes berücksichtigen. Das Duquesnel'sche ist das beste, ist 5—6mal so stark wie das Merck'sche und treten schon nach mehrfachen Dosen von $\frac{1}{100}$ Gran Vergiftungserscheinungen auf.

Grosse Athmungsfrequenz nach Pertussis.

Dr. Rudisch berichtet über einen Fall von Bronchitis bei einem 9jährigen Kinde, welche nach einem Keuchhusten zurückgeblieben war. Bei normaler Temperatur war die Athmungsgeschwindigkeit bis auf 50—60 per Minute erhöht, sank aber im Schlafe und während das Kind spielte. Es müsse eine Neurose vorliegen.

Dr. Jacobi: Bei geringem Fieber und insuffizientem Athmen habe es sich wohl um Asthma mit Bronchitis gehandelt.

Dr. E. Fridenberg, Sekretär.

Sitzung vom 28. Oktober 1887.

Officielles Protokoll.

Vorsitzender: Dr. G. Langmann.
Sekretär: Dr. E. Fridenberg.

Dr. M. Toeplitz stellt einen Fall vor von

Retropharyngeal-Abszess.

Patient, 50 Jahre alt, will früher nie krank gewesen sein und hat gesunde Kinder. Sein jetziges Leiden begann im März d. J. mit einer Schwellung im Rachen, die von dem Arzte seiner Heimath (Herrn Dr. Reinhard in Bretten, Württemberg) inzidirt wurde, wobei sich viel Eiter entleert haben soll. Die Schwellung ging jedoch nicht zurück und Patient liess sich deshalb im Juni d. J, noch einmal auf der Klinik in Heidelberg (wahrscheinlich von Prof. Jurasz) operiren. Pat. wanderte dann hierher aus, aber die Schwellung kehrte wieder.

Vor drei Monaten stellte er sich in meiner Abtheilung im *N. Y. Ophthalmic and Aural Institute* vor mit der Angabe, dass er in den letzten 6 Monaten 30 Pfund verloren habe. Er hatte sehr starke Beschwerden beim Schlucken, wobei ihm oft Flüssigkeiten wieder zur Nase herauskamen. *Stat. praesens.* Die Inspektion der Mund-Rachenhöhle ergab Folgendes: Starke Röthung und Schwellung der Gaumenbögen und Uvula; hintere Rachenwand mit Schleim und Eiter bedeckt, nach dessen Entfernuny sich die Schleimhaut als ulzerirt, leicht blutend und geschwollen präsentirte. Durch Palpation wurde der zweite Halswirbel als stark hervorspringend befunden. Links eine etwa kirschgrosse, rechts eine doppelt so grosse Geschwulst hinter dem weichen Gaumen der hinteren Rachenwand aufsitzend, die sich bis in das Rachendach fortsetzte und geringe Fluktuation darbot. *Rhinoscopia posterior* nicht ausführbar. *Rhinoscopia anterior* zeigt nichts Abnormes. Kehlkopf normal, bis auf einen leichten Katarrh. Keine Zeichen von

überstandener Syphilis oder Tuberkulose nachzuweisen. Keine Tuberkelbazillen im Sputum. Sprache stark nasal.

Diagnose: Retropharyngeal-Abszess. Vortragender sieht sich auf Grund des weiteren Verlaufes genöthigt, die obige Diagnose zurückzuziehen und wird sich in einer der nächsten Sitzungen erlauben, über den Fall, den leider nur wenige anwesende Herren in Augenschein nahmen, weiter zu berichten.*

Diskussion.

Dr. A. Jacobi: Der Erfolg der Behandlung hängt ab
1. Von der Ursache und
2. Von der Grösse des Abszesses.

Ausgiebig grosse Inzision ist wohl stets vorzuziehen. Die seitliche Eröffnung durch den Hals von Aussen sollte öfter geübt werden.

Hierauf hielt
Dr. Willy Meyer seinen Vortrag mit Demonstration:

Caries der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel; Heilung.

(Derselbe ist in dieser Nummer auf Seite 226 veröffentlicht.)

(Schluss folgt.)

Correspondenz.

Aerztliche Chancen im Nordwesten.

St. Paul, Minn., 26. November 1887.

An den Redakteur der New Yorker Medizinischen Presse:

Es giebt in Wisconsin und insbesondere Minnesota gar manchen Ort, wo ein deutscher Arzt mindestens in materieller Beziehung sehr bald eine gute Existenz finden kann. Im Staate Wisconsin sind es nur kleine Orte, welche eines deutschen Arztes ermangeln, in Minnesota jedoch giebt es sogar Städte von mehreren 1000 Einwohnern, wo keiner vorhanden ist. Dies ist z. B. mit Hastings, Stillwater, Winona, St. Peter u. A. der Fall. An jedem dieser Orte kann ein deutscher Arzt, aber nur ein solcher (denn amerikanische giebt es genug) der seiner Aufgabe gewachsen ist, getrost mit ein paar Hundert Dollars anfangen. Sollte er indessen gute Einführungen erlangen, dürfte er mit noch viel weniger ausreichen und in gewissen Dörfern würden schon wenige Thaler genügen.

Er kann, wenn er nur einigermassen *Chic* hat, „vom Fleck weg" verdienen; zu diesem *Chic* gehört es auch, dass man sich mit der Geistlichkeit und insbesondere der katholischen auf einen guten Fuss stelle; dies wird aber einem Arzte katholischer Konfession wohl am besten gelingen. Doch giebt es auch vorwiegend aus Lutheranern oder aus Katholiken und Lutheranern ziemlich gleich gemischte Gemeinden, wo auch ein Arzt lutherischer Konfession am Platze sein dürfte.

Das Leben in solch' kleinen Orte ist recht wohlfeil und auferlegt dem Arzte lange nicht eine solche kostspielige Repräsentation wie im Osten. Will man sich nach ein paar Monaten ein Haus bauen und möbliren lassen, Wagen und Pferde kaufen, findet man leicht den nothwendigen Kredit.

* Pat. hat sich laut Bericht des Herrn Dr. T. leider nicht wieder vorgestellt.

In Bezug auf den geistigen Verkehr ist es ziemlich gleich, ob man an einem etwas kleineren oder grösseren Orte praktizirt, denn die Zahl der Gebildeten lässt in beiden Fällen Einiges zu wünschen übrig und erst in einer Metropole, wie St. Paul findet man mehr Intelligenz beisammen. Eine Etablirung im Nordwesten halte ich aus mehreren Gründen für praktischer, als in einem südlicheren Staate. Der Nordwesten hat einen ebenso guten Boden als südlichere Staaten, dagegen in Folge seiner Anlehnung an die grossen Seeen billigere und bessere Kommunikationsmittel; ferner verfügt er über bedeutende Bergwerke und über während des Winters im Abbau begriffene Waldungen.

Auch das Klima ist von grosser Bedeutung, denn es zieht nicht nur Europäer, sondern auch Amerikaner an.

Gegen die Malaria der südlicheren Staaten kann sich der Arzt nicht gut schützen; er hat eben mit seinen Patienten mitzuleiden. Im Nordwesten kann er sich aber gegen die da vorkommenden entzündlichen, rheumatischen Leiden und die intensive Winterkälte viel besser schützen und wird von diesen viel weniger mitgenommen.

Der ärztliche Erwerb ist hier ebenso gut, als in anderen Staaten. Man kann schon im ersten Jahre auf eine Minimaleinnahme von 1000—2000 Dollars rechnen. Wem ein „*Countryplace*" von ein Paar Hundert Einwohnern als Zentrum (und einer zahlreichen Umgebung von Farmern) passt, der überlege nicht lange; denn solcher giebt es hier für einen deutschen Arzt genug. Fast jeder vierte oder fünfte Ort in Minnesota entbehrt trotz vieler deutschen Einwohner eines deutschen Arztes. Wer übrigens einige dieser Orte benannt haben will, den mache ich auf die früher Erwähnten, ferner auf Freeport, Minnesota Lake, Mountain Lake, Glencove, New Prague (wo ein böhmischer Arzt am Platze wäre), Eau de Galles, Middleton, Marshfield, Beaver Creek, Worthington, Iona, Adrian und Windom aufmerksam.

Wer sich hieher auf die Reise begiebt, wird am besten thun, sein erstes Absteigequartier in Milwaukee zu nehmen und da bei Kollegen Nachfrage zu halten, obschon er sich davon nicht viel versprechen darf; sein zweites Absteigequartier nehme er in Madison, Wisconsin, und informire sich bei Dr. Bodenius bezüglich ev. Vakanzen an kleineren Orten, welche er mir erwähnte. Bleibt er nun nicht in Wisconsin stecken, oder will er die mit dem Aufenthalte daselbst verbundenen Spesen nicht riskiren, komme er direkt hieher und rechne auf ein baldiges Unterkommen, vorausgesetzt, dass er nicht in St. Paul oder Minneapolis bleiben will.

Dr. Barkan, 10 E. 3. Str.

Bücherschau.

W. Lublinski. — Ueber die Jodolbehandlung der Larynxtuberkulose. — *Berl. Klin. Woch.*, No. 51, 1886.

Fünfzehn Kranke wurden mit Einblasungen von Jodolpulver behandelt, und im Ganzen dieselben Resultate erzielt, die man bei Jodoform beobachtet. L. empfiehlt Jodol auch für *Ozaena*, resp. *Rhinitis scrophulosa.*

Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Broschüren:

S. S. Bishop.—Hay Fever.—Repr. *Journ. Am. Med. Ass'n*, July, 1887.

Anton Bum. — Ueber schnellenden Finger (Doigt à réssort).—Sep. Abdr. *Wien. Med. Presse*, 43, 1887.

W. Aitken. — A Complete Hand-Book of Treatment; ed. by A. D Rockwell, M. D.—New York, E. B. Treat, 1887.

W. Freudenthal.—Die laryngoskopische Sektion des IX. internationalen medizinischen Kongresses in Washington, 5.—10. September 1887.—Sep. Abdr. a. d. *Internat. Ctrlbl. f. Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften;* Jahrgang IV., No. 5.

Gustavus Eliot. — The Treatment of Neuralgia in General Practice.—Vortrag, gehalten in der Sektion für Gehirn- und Nervenkrankheiten des Int. Med. Kongresses in Washington; 8. September 1887.

Notizen.

Prof. Nussbaum, der vor Kurzem die fünfhundertste Laparotomie ausführte, wurde von seinen Studenten durch eine am Eingange zur Klinik angebrachte Ehrenpforte überrascht, über welcher aus Blumen gebildet die Zahl „500" prangte.

In der jüngst erschienenen Köllicker'schen Jubiläumsschrift veröffentlichte er einen hochinteressanten Beitrag über „Unglücke in der Chirurgie," die ihm und Anderen passirt sind. Was kann nicht alles einem Operateur passiren! Dass er einen unrichtigen Zahn auszieht, soll öfter vorkommen, namentlich wenn der Patient narkotisirt ist und nicht nochmals befragt werden kann. Es ist aber schon in einer Klinik einem Patienten der unrechte Fuss amputirt worden, und das kam so: Ein Kranker mit zwei verbundenen Füssen wurde auf den Operationstisch gelegt. Beide Füsse waren erkrankt; den rechten Fuss hielt man für heilbar, den linken für unheilbar und wollte letzteren deshalb amputiren. Unglücklicherweise amputirte man den besseren rechten Fuss, war darüber sehr erschrocken und gab sich nun die erdenklichste Mühe, den linken schlimmeren Fuss zu erhalten. Und dies gelang. Bei der Ansetzung künstlicher Nasen aus der Stirn- oder Armhaut passirt es nicht selten, dass am Ende des Heilungsprocesses ein Stück brandig wird, oder dass die Anfangs so stolz ragende neue Nase zu einem Klumpen zusammenfällt und sich auf die Seite legt. Bei einer Operation der Mandeln im Halse passirte es Prof. Nussbaum, dass das Messer an einem steinigen Konkrement, das in der Mandel steckte, zerbrach und der Patient das zwei Centimeter lange abgebrochene Stück des Instrumentes hinunterschluckte. Damit nun der haarscharfe Stahl im Magen keine Verwundungen anrichte, liess Nussbaum sofort ein Glass Zuckerwasser mit einem Esslöffel voll verdünnter Salzsäure trinken, und nach 48 Stunden ging das Messerstück schwarz, rostig und stumpf (Einwirkung der Salzsäure) ohne Beschwerden auf natürlichem Wege ab. Nicht selten werden bekanntlich künstliche Zähne und Gebisse unversehens verschluckt. Nussbaum kennt einen Fall, wo eine Dame eine Platte mit fünf Zähnen verschluckt hatte, welche fest im Schlunde eingekeilt steckten und weder heraufnoch hinunterbewegt werden konnten. Da die Dame keine Schmerzen davon hatte, ohne Belästigung essen und trinken, sprechen und athmen konnte, so rieth ihr Nussbaum, erst dann eine Operation vornehmen zu lassen, wenn grosse Beschwerden einträten. Und die Dame trägt nun schon $1\frac{1}{2}$ Jahre das verschluckte Zahngebiss ohne Gefahr im Halse. Bei Knochenbrüchen kommen viele Unglücksfälle vor, welche die Patienten gern dem Arzt in die Schuhe schieben möchten, obwohl diesen die Schuld nicht trifft. Sehr häufig liegt nämlich die Schuld der schlech-

ten Heilung an einer krankhaften Veranlagung des Patienten oder an vorzeitigen Bewegungen. Das schiefe Zusammenheilen eines Knochenbruches würde auch viel seltener vorkommen, wenn die Aerzte die goldene Regel im Auge behielten, zur halben Heilzeit den Verband nochmals zu öffnen und die vorhandenen Fehler zu verbessern; denn um diese Zeit lässt sich noch alles Krumme gerade biegen. Ein „Unglück" nennt es Nussbaum, wenn ein Operateur bei einer Laparotomie einen Schwamm oder eine Pinzette oder ein Gummiröhrchen in der Bauchhöhle liegen lässt und die darauffolgende Blutvergiftung den Tod des Kranken herbeiführt. Eine wirksame Kontrolle ist es, alle Instrumente, Schwämme etc., die zu der Operation gebraucht werden, vor und nach der Operation genau zu zählen; dann weiss man sofort sicher, ob man etwas vergessen hat herauszunehmen. Auch den berüchtigten Chloroformtod, d. i. die Erstickung in der Chloroformnarkose, zählt Nussbaum zu den Unglücksfällen, die den Arzt unverschuldet treffen können. In der ersten Zeit der Chloroformanwendung waren derartige Todesfälle häufiger, jetzt kommt jedoch auf 11 bis 12,000 Chloroformnarkosen erst ein Todesfall. Das sogenannte Lachgas scheint weniger gefährlich und ist entschieden angenehmer als das Chloroform. Allein es tritt dabei oft der fatale Zufall ein, dass das Lachgas den Patienten nicht betäubt, dass er während der Operation bei vollem Gefühl und Bewusstsein bleibt, starkes Kopfweh bekommt und schliesslich doch chloroformirt werden muss.

(Die Billroth'sche Mischung von Alkohol, Aether und Chloroform ist jedoch bedeutend ungefährlicher; ebenso die von Dr. Kreutzmann in No. 3, Bd. IV der Presse beschriebene Chloroform - Sauerstoff-Narkose. — Ed.)

Im städtischen Zentral-Schlachthofe zu Berlin sind seit Kurzem 24 Damen als städtische Fleischbeschauerinnen angestellt. Sie haben mit Hülfe des Mikroskopes die Muskelfasern des Borstenthieres (*Sus domesticus*, L.) auf Anwesenheit des Haarwurmes (*Trichina spiralis*, V. L.) zu durchsuchen.

Eine Berliner Zeitung schreibt darüber:

Durch Handschlag an Eidesstatt sind sie von einem der Stadtväter verpflichtet worden, ein Akt von monumentaler Bedeutung für die Ernährung der Residenz, der denn auch bereits seinen Dichter gefunden hat. Dem würdigen Stadtrath legt dieser Poet bei der feierlichen Handlung, frei nach Eichendorff, folgende Worte in den Mund:

Nun gehe hin und schaue,
Bestallt vom Magistrat!
Dies Mikroskop vertraue,
Viel schöne junge Fraue,
Ich Dir vom hohen Rath.

Dem bösen Haarwurm künde
Auf ewig Feindschaft an!
Schau scharf nach Schwein und Rinde,
Dass man getrost in's Spinde
Die Schlackwurst legen kann.

Lass der Trichinen Tücke
Nicht Deinem Aug' entflieh'n!
An Deinem Späherblicke,
O Schöne, hängt das Glücke
Des schmausenden Berlin.

Humoristika aus der Praxis.

Verfrühte Diagnose.

Ein vielbeschäftigter und in Folge dessen zum hastigen Diagnose-Stellen sich neigender Arzt in einem Städtchen des *Lone-Star-State* wurde von der Gattin eines prominenten dortigen Bürgers in seiner Office um Rath angegangen wegen ihres Kindes.

„Mein Kind," so sprach die Dame, „hat ein eigenthümliches Leiden, und ich möchte wissen, was Sie davon denken. Jedesmal beim Wasserlassen hat es offenbar schreckliche Schmerzen, so dass es beinahe Krämpfe bekommt."

„Aber liebe Mrs. X.," antwortete der Doktor würdevoll und mit der unfehlbaren Sicherheit eines gewiegten Diagnostikers, „die Vorhaut wird entweder zu lang oder angewachsen sein."

„So, so?!" versetzte die unglückliche Mutter „sind Sie Ihrer Sache auch ganz sicher, lieber Doktor?"

„Nun natürlich, werthe Frau X.; von Irrthum kann gar keine Rede sein; habe Tausende derartiger Fälle behandelt."

„Nun, und was können Sie denn dann für mein Kind thun?"

„Ach, das ist ja einfach genug," brüstete sich der arglose Mediziner; „ich trage Das, was zu viel ist, ab und nähe Haut und Schleimhaut mit etwas antiseptischer Seide zusammen; dann ist das Kerlchen völlig hergestellt."

„Ja aber," erwiderte die Dame mit einem schalkhaften Lächeln, „mein Kind ist doch ein Mädchen!"

Der Doktor empfahl sich schleunigst, da er sofort zu einer Konsultation musste.

Die Macht der Gewohnheit.

Ein sehr beschäftigter Arzt, der sich's im Laufe der Zeit zur unumgänglichen Gewohnheit gemacht hatte, bei Untersuchung von Kranken auch immer in den Hals zu schauen, wurde in seiner Office von einer Dame konsultirt, welche über Jucken und Schmerzen an jener Körperstelle klagte, wo wir gewöhnt sind, Hämorrhoiden, Fisteln etc. vorzufinden. Er schlug deshalb eine Inspektion vor; dieselbe wurde bereitwilligst gewährt, und als der Medicus sich herabbeugte, den wohlgeölten Finger in Bereitschaft, sagte er ganz schablonenmässig, wie er es so oft gethan:

„Nun sagen Sie 'mal ‚Ah,' bitte!"

„Wie meinten Sie?"

„Drücken sollen Sie! ordentlich drücken!" korrigirte sich der Doktor, und es gelang ihm, das Lachen über dieses *Quidproquo* zu unterdrücken, bis seine Patientin abgefertigt war.

HENRY SCHMID'S
APOTHEKE,
38 AVE. A, NEW YORK.

OTTO FROHWEIN,
APOTHEKER,
76 Columbia Street, Ecke Rivington, NEW YORK.